JEAN-MARC TALPIN

Psychologie clinique du vieillissement normal et pathologique

CURSUS

2e édition

ARMAND COLIN

JEAN-MARC TALPIN

Psychologie clinique du vieillissement normal et pathologique

2e édition

ARMAND COLIN

Illustration de couverture : © Fotolia

Conception de couverture : Hokus Pokus créations

Mise en page : Belle Page

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1er juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).

© Armand Colin, 2017 pour cette nouvelle édition.

© Armand Colin, 2013 pour la première édition

Armand Colin est une marque de
Dunod Éditeur, 11 rue Paul Bert 92240 Malakoff

ISBN : 978-2-200-61888-9

http://www.armand-colin.com

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Maillon, je dédie ce travail à la chaîne des générations,
filiatives et affiliatives
À Odile. Parce que.

À Alice, Méliné, Adèle et Grégoire
qui m'aident à continuer de grandir.

À mes parents et beaux-parents,
à ceux qui sont comme à ceux qui ne sont plus.
Et à ceux qui seront.

Sommaire

Introduction 9

PARTIE 1
LE VIEILLISSEMENT ET SES PROCESSUS 17

1 La vieillesse : histoire, représentations sociales et angoisses 19
1. Un regard ethnologique sur la vieillesse 20
2. Historique de la vieillesse 23
3. Représentations sociales : entre angoisses et défenses 25

2 Quels paradigmes pour penser le vieillissement ? 31
1. S. Freud et la mise à distance 31
2. C. Balier et le narcissisme 36
3. P.-L. Assoun et J. Bergeret : les devenirs de la libido 38
4. H. Bianchi : entre sujet et structure, qu'est-ce qui vieillit ? 40
5. J. Messy et la question de la « personne âgée » 42
6. M. Péruchon et G. Le Gouès : le vieillissement entre démence et sublimation 44
7. H. Bianchi et D. Quinodoz : le travail du vieillir 46

3 Le vieillissement, entre crises et processus tout au long de la vie 49
1. Une conception en termes de crise et d'équilibre : E. Erikson 50
2. La crise du milieu de la vie 52
3. La ménopause et le différentiel sexuel 55
4. Crise et travail du vieillir 57

4 Les organisateurs du vieillissement 59
1. Le vieillissement du corps : image du corps et corps vécu. De la ride à la chute… 60
2. Le vieillissement social : perte ou changement de statut ? 65
3. Vieillissement psychique : identifications tardives, idéal du moi, pertes et deuil 72
4. Vieillesse et famille (conjoint, enfants) : la question de la dépendance 75
5. Vieillesse et mort 79

PARTIE 2
PSYCHOPATHOLOGIE DU VIEILLISSEMENT 83

5 Dimension somatique 93
1. Corps impotent et troubles psychiques 93
2. Décompensations somatiques 100
3. Vieillesse et maladie ou la solution hypocondriaque 105

6 Pathologies dépressives et pertes 117
1. Les troubles dépressifs tardifs : classification et identification 119
2. Pertes et dépression 121
3. Mélancolie, syndrome de glissement et suicide 132

7 Troubles d'allure psychotique d'apparition tardive 137
1. Délire et hallucination 138
2. Troubles persécutoires 143
3. Confusions 145

8 Les démences 147
1. Classification et signes cliniques 148
2. Psychodynamique et métapsychologie des démences 156

9 Le devenir dans la vieillesse des psychopathologies apparues durant l'enfance ou l'âge adulte 167

Conclusion 173

Bibliographie 175

Introduction

Jamais au cours des âges les humains n'ont vécu aussi vieux qu'en ce début du XXIe siècle, du moins dans le monde occidental. L'espérance de vie atteint bientôt, en France, 80 ans pour les hommes quand elle dépasse les 84 pour les femmes. De plus, depuis les années 1960 elle augmente d'un trimestre par an, soit d'un an tous les quatre ans, ce qui fait se poser aux scientifiques comme aux démographes la question des limites, question que l'on retrouve sur le plan psychique comme fantasme et/ou comme angoisse. Question qui a aussi de fortes implications économiques. Cependant, en 2015 l'espérance de vie a stagné, ce qui relance la question des limites. De surcroît, l'espérance de vie en bonne santé augmente elle-même régulièrement, ce qui fait que les centenaires, d'exception, sont devenus une préoccupation sociale. En effet, on comptait 1 122 centenaires en 1970, 3 760 en 1990 et 20 669 en 2016[1], ce qui témoigne d'un véritable saut démographique. De tout temps, certains humains ont vécu longtemps ; la spécificité de notre société tient à la généralisation du phénomène avec les richesses que cela apporte mais aussi avec les questions que cela pose aux sciences humaines, à la médecine, à la santé publique, ainsi qu'à l'économie, qu'il s'agisse des retraites, des soins ou encore des lieux de vie lorsqu'une dépendance importante est présente.

La psychologie clinique a été longue à s'intéresser au vieillissement pour plusieurs raisons. D'une part, celui-ci ayant longtemps été

1. Chiffres en ligne de l'INED.

un phénomène quantitativement faible, et socialement peu bruyant socialement (les vieux ne revendiquaient pas), mobilisait peu. De plus, les vieux étaient largement gardés au domicile, par tradition, par amour ou par intérêt patrimonial. D'autre part, associé, voire assimilé à la fin de la vie, le vieillissement n'attirait pas car le soin n'y était guère porteur d'un avenir meilleur ; le prendre en compte conduisait à prendre le risque de rencontre avec la mort. D'ailleurs le modèle de la fin de vie et de l'accompagnement a un temps prévalu, avant que ne se constitue une véritable écoute clinique des sujets vieillissants. C'est dire que la vieillesse a été (et demeure pour partie) dévalorisée, ce qui fait que ceux qui s'en préoccupent en la théorisant et s'en occupent dans des prises en charge sont facilement assimilés à leur objet et eux-mêmes dévalorisés. Heureusement, ceci est de moins en moins vrai. Enfin, la vieillesse fait facilement peur car elle renvoie chacun à ce qui l'attend ou à ce qu'il pense qui l'attend ou, s'il est suffisamment jeune, attend ses parents : la mort certes mais aussi la déchéance, le soi-disant « retour en enfance », la démence, la dépendance… L'absence de travaux sur le vieillissement pendant longtemps (ceci ne concerne certes pas que la psychologie clinique) relève donc en partie de l'évitement, voire du déni, et de la pensée magique : ce que l'on ne voit, ce à quoi l'on ne pense pas, n'existe pas. Or nous verrons qu'une partie du problème tient à ce que ces attitudes vis-à-vis du vieillissement s'expliquent par le fait qu'elles reposent sur des représentations sociales négatives ainsi que sur des stéréotypes qui manifestent les angoisses et les défenses de la société qui les fabrique.

L'approche clinique rend nécessaire de distinguer vieillesse (comme état) et vieillissement (comme processus), et ce d'autant plus que ce processus s'étend sur plus longtemps qu'auparavant. Il y a en effet de nombreuses différences dans la dynamique psychique entre un-e jeune retraité-e et un-e nonagénaire ou centenaire.

Saint Augustin écrivait dans *Les Aveux* qu'il savait ce qu'était le temps tant que l'on ne lui demandait pas de le définir. Il en va à bien des égards de même de la vieillesse. De manière intuitive,

chacun sait ce que c'est que la vieillesse, mais que l'on demande de préciser et l'on assiste généralement à des mouvements circulaires rendant impossible un arrêt sur une position claire. Deux modèles s'affrontent. D'une part, un modèle objectif : on est vieux à partir de tel âge (60, 65, 70, 80 ans, etc., il y a sujet à débat) ou à partir de tel événement (retraite, maladie entraînant une dépendance…). D'autre part, un modèle subjectif : être vieux est un état d'esprit, il y a des jeunes qui sont déjà vieux (pantouflard…) et des vieux qui sont toujours jeunes (qui suivent en général quelques exemples de vieillesse idéalisée). Ce qui ressort du jeu entre ces deux modèles est d'une part une défiance vis-à-vis de la vieillesse, d'autre part une représentation négative qui s'exprime en creux : être vieux lorsque l'on est jeune du point de vue de l'âge attache à la vieillesse des qualificatifs peu valorisants du côté de l'habitude, du refus du changement, de la routinisation (V. Bergua et J. Bouisson)…

S'il peut être utile d'avoir des critères d'âge pour certains types d'études, en particulier quantitatives, en psychologie clinique il est beaucoup plus utile et fécond de penser en termes de processus, donc de vieillissement, et ce d'autant plus que la définition de l'âge de la vieillesse varie en fonction de l'âge de celui qui produit cette définition. On connaît cette boutade attribuée à un universitaire : « Les étudiants sont de plus en plus jeunes ! » Si l'écart s'accroît, c'est plutôt parce que celui du professeur augmente ! Il est aussi plus utile de penser l'âge au regard de la manière dont le sujet lui-même le vit. Avoir 80 ans, ce peut être atteindre l'âge de décès d'un père, d'une mère, ce peut être dépasser l'un ou l'autre, ce peut être se rapprocher de l'un ou l'autre, toujours en vie et se dire qu'il reste bien du temps à vivre, ce peut être changer de génération en devenant arrière-grand-parent… Ce peut être aussi dépasser, parfois de nombre d'années, l'âge de décès du ou des parents et devoir inventer comment vivre ces années sans modèle identificatoire parental.

La question de la définition se pose aussi pour le processus de vieillissement : si l'on peut dire théoriquement que l'on vieillit dès

sa naissance, ce n'est pourtant pas ainsi que les représentations fonctionnent, qui distinguent grossièrement trois temps : le temps de la croissance (alors on grandit), un temps de stabilité (la maturité) et un temps de vieillissement, de décroissance, de post-maturité, voire, en vocabulaire médical, d'involution (tous termes péjoratifs !), une pente descendante qui répond en miroir à une pente ascendante après le pic de la maturité.

Nous reviendrons plus longuement dans cet ouvrage sur le processus, il serait au demeurant plus juste de parler des processus, du vieillissement en partant (arbitrairement) de la crise du milieu de la vie. Quoi qu'il en soit, il importera de penser ce vieillissement dans sa plurifactorialité tant psychique que biologique et sociale en particulier afin de ne pas le penser uniquement par rapport à son terme, la mort, sans pour autant la dénier.

Ainsi, qu'il s'agisse du vieillissement ou de la vieillesse, c'est la crainte qu'ils suscitent, les angoisses qu'ils cristallisent, les deuils douloureux ou non faits qu'ils convoquent, qui expliquent la difficulté, les résistances à en faire un objet pour la pensée et la pratique clinique. En psychologie, les masters (ou leurs ancêtres les DESS) consacrés au vieillissement ont moins de trente ans. Heureusement, depuis, ils se sont développés, et ceci dans différentes orientations (clinique, sociale, cognitive, développementale, neuropsychologique).

Pour terminer cette introduction, et avant de présenter le plan et les articulations adoptés dans l'ouvrage, il est nécessaire de s'arrêter sur la question de la dénomination tant des âgés que de la discipline. Cette question ouvre à celle des représentations de la vieillesse qui sera développée ultérieurement. Le mouvement global est celui d'une certaine aseptisation du langage. Lorsque, dans les cours, je parle des « vieux », il y a toujours un(e) étudiant(e) pour dire sa surprise. Or ce terme n'est pas *a priori* péjoratif, mais à l'évidence il en porte la connotation. Le terme « personne âgée » a longtemps semblé plus respectueux mais J. Messy dans *La personne âgée n'existe*

pas, construit sur le modèle lacanien de « La femme n'existe pas » a ouvert une brèche en attirant l'attention sur le risque qu'il y a à réduire une personne (terme lui-même ambigu) à son âge. Dès lors, « sujet âgé » permet d'insister sur le fait qu'il s'agit bien du rapport subjectif de chacun à son vieillissement. Mais ce terme pose aussi d'autres questions : le sujet vieillit-il ? Qu'est-ce qui, d'un sujet, vieillit (question introduite voici plus de vingt ans par H. Bianchi) ? Alors, troisième, quatrième, cinquième âge ? Senior (terme qui, en sport, désigne les adultes) ? Il est frappant de constater la multiplication des désignations, que je comprends comme une fuite car, quoi qu'il en soit, chacun de ces termes assigne en fonction de la variable de l'âge auquel chacun tente plus ou moins de se dérober : on accepte d'autant plus son âge qu'on ne le fait pas, fût-ce au prix du « jeunisme », du déni, de la fuite en avant de la défense maniaque, de la chirurgie esthétique qui repose sur le leurre (nourri de pensée magique, J.-M. Talpin, 2014) que l'effacement des signes du vieillissement vaut pour disparition du vieillissement lui-même. Nous verrons que cela évolue avec la réalité du vieillissement tant physique que psychique de chaque sujet.

La discipline qui s'intéresse à la vieillesse a d'abord été médicale : il s'agit de la gériatrie dont l'inventeur ne fut autre que J.-M. Charcot, celui-là même qui étudia l'hystérie et accueillit S. Freud à Paris[1]. Avec lui se construisit l'idée d'une médecine spécifique aux sujets âgés grâce à une observation médicale précise. Puis vint la gérontologie qui s'intéresse, elle, au vieillissement normal, et, dans le champ qui nous intéresse plus particulièrement ici, la psychogériatrie et la gérontopsychiatrie. Si la lutte entre ces dernières relève de l'histoire des années 1970-1980, la distinction entre les deux termes est intéressante : le premier renvoie à toute la dimension psychologique présente dans le vieillissement et s'intègre dans la perspective d'une approche globale du sujet, le second relève d'une spécialisation de

1. Cf. l'ouvrage d'A. Allouch (1992).

la psychiatrie pour le sujet âgé, de même qu'il existe une pédopsychiatrie. La psychogériatrie a été particulièrement soutenue et développée par J.-M. Léger, à Limoges ; la gérontopsychiatrie s'inscrit davantage dans la perspective ouverte en particulier par C. Balier et G. Dedieu-Anglade.

Pour notre part, nous inscrivons cet ouvrage dans une psychologie clinique du vieillissement, souhaitant mettre en avant la méthode et le corpus théoriques de la psychologie clinique référée à la psychanalyse, ce qui permet aussi de penser en termes de processus, de continuité et de rupture la clinique aux différents âges de la vie.

La première partie de cet ouvrage sera consacrée au vieillissement dit normal, c'est-à-dire en dehors des psychopathologies avérées, la seconde aux psychopathologies et aux modalités de prise en charge. Dans un premier chapitre, le vieillissement et la vieillesse sont abordés dans une perspective historique, ethnologique et sociale, articulée aux enjeux psychiques. En effet, ainsi que le souligne S. Freud, toute psychologie est d'abord une psychologie sociale : on ne peut comprendre le sujet singulier « en soi », en faisant abstraction du monde dans lequel il vit, auquel il est psychiquement appareillé. Cet arrière-fond posé, nous dégagerons les différents paradigmes retenus par les cliniciens qui se sont penchés sur la question du vieillissement. Ceci pose le contexte et les outils conceptuels avec lesquels nous penserons le vieillissement en tant que dynamique entre crises et processus tout au long de la vie (chapitre 3). Le quatrième chapitre développe cette dynamique à partir des différents organisateurs du vieillissement : le corps, le social, les identifications et les idéaux mais aussi la dimension familiale et générationnelle et, enfin, la perspective de la mort.

Ces différents éléments posés et discutés seront mis à l'œuvre pour aborder les psychopathologies, d'abord celles qui apparaissent au cours du vieillissement, ensuite celles qui sont apparues dans l'enfance ou dans l'âge adulte afin de voir et de comprendre ce que

les sujets deviennent, comment ils se réorganisent psychiquement. Le premier chapitre de cette seconde partie (chapitre 5) traite des pathologies liées au corps, qu'il s'agisse de décompensations somatiques et de leurs effets ou de manifestations hypocondriaques. Le chapitre suivant (chapitre 6) aborde l'un des enjeux majeurs des psychopathologies du vieillissement : les dépressions en lien avec la question des pertes (d'objets humains, de cadres sociaux ou locaux tel l'appartement) mais aussi du suicide, de la mélancolie et de cette forme spécifique au vieillissement qu'est le syndrome de glissement. Les troubles d'allure psychotique (manière de ne pas trancher d'emblée la question de la structure, qui fera l'objet d'une réflexion spécifique) d'apparition tardive sont abordés dans le chapitre suivant (chapitre 7), en prenant en compte la question des confusions qui ouvrira sur le chapitre consacré aux démences. Dans le chapitre 8, les démences, concept actuellement un peu fourre-tout de la psychopathologie du vieillissement, font l'objet d'un travail de définition puis d'un bref tour des hypothèses étiologiques, avant un approfondissement du sens de leurs symptomatologies. Enfin le devenir des sujets ayant antérieurement décompensé psychiquement est développé dans un chapitre spécifique (chapitre 9), avant une ouverture sur les prises en charge individuelles, groupales et institutionnelles[1]. Des éléments relatifs à la prise en charge clinique, au suivi psychothérapique, seront présentés au fur et à mesure des différentes problématiques et modalités psychopathologiques.

1. Pour un travail plus développé sur ces questions, je renvoie au collectif dirigé par B. Verdon (2012), *Cliniques du sujet âgé : pratiques psychologiques*, Armand Colin.

PARTIE 1

Le vieillissement et ses processus

Chapitre 1

La vieillesse : histoire, représentations sociales et angoisses

Il va s'agir ici de repérer les grands organisateurs sociétaux dans l'appréhension de la vieillesse, appréhension à entendre dans le double sens de « tenir » et de « craindre ». En effet, les constructions historiques et cultuelles de la vieillesse témoignent toujours de la manière dont une société traite la vieillesse et les vieux, de la manière (et de laquelle) dont elle en fait une catégorie distincte des autres âges de la vie, de la manière dont elle qualifie ses « vieux ». L'hypothèse de ce propos est que chaque construction sociale, qui étaye ensuite les psychismes singuliers, organise les fantasmes et angoisses liés à la vieillesse mais organise aussi des défenses vis-à-vis de celles-ci. C'est dire que les choses ne sont jamais fixées, qu'elles intègrent les variations historiques et individuelles. *A contrario*, les sujets peuvent participer à la transformation des représentations sociales en particulier par les actions qu'ils mènent : nous pouvons penser au rapport Laroque dans les années 1960, qui conduisit à la création de la Fondation Nationale de Gérontologie ainsi que nous le verrons plus loin, ou,

dans un tout autre registre, aux mouvements des Panthères Grises ou des Babayagas, les premières se constituant comme un mouvement intervenant dans la sphère politique quant à la prise en compte des vieux, les deuxièmes développant des lieux d'accueil autogérés pour femmes vieillissantes, sur le modèle ancien des béguinages.

Ce chapitre est aussi important car il permet de ne pas céder à la tentation d'idéalisation du traitement de la vieillesse ailleurs, à d'autres époques, nous y reviendrons à travers quelques exemples.

1. Un regard ethnologique sur la vieillesse

Deux points principaux seront ici traités afin de ne pas se perdre dans la multitude des cultures et des travaux sur ce thème. Le premier concerne la définition de la vieillesse dans les cultures traditionnelles au regard de l'espérance de vie ; le second, les inscriptions sociales des vieux.

Tout d'abord, la vieillesse est souvent moins pensée en fonction de l'âge en tant que tel qu'en fonction de la place générationnelle. L'âge ne revêt pas, dans toutes les cultures, la même importance que dans la nôtre, les systèmes d'enregistrement de cet âge étant (ce qui est tout à la fois une cause et une conséquence) très imprécis. Peut demeurer le repère d'une saison (« aux figues » par exemple), d'une période (un tel était roi, président, chef du village, etc.), l'idée que l'on est de la même génération que tel ou tel autre : l'âge est alors moins une caractéristique individuelle et abstraite qu'un élément de la situation et des liens sociaux d'un individu. Pour les femmes, en particulier dans certaines sociétés africaines[1] (mais peut-être en va-t-il de même dans d'autres cultures), le marqueur de la vieillesse est la ménopause. La femme quitte le groupe des mères pour

1. C. Attias-Donfut et L. Rosenmayr (1994), *Vieillir en Afrique*.

d'autres positions sociales, souvent du côté de l'accompagnement : des naissances, des morts, mais aussi parfois du pouvoir. Les femmes ménopausées n'étant alors plus perçues comme des femmes, elles rejoignent le groupe des sages qui dirige le village ; elles sont alors en quelque sorte « neutralisées ». Le statut des hommes comme des femmes est aussi marqué par la place générationnelle : ainsi dans certaines cultures, ceux qui n'ont pas procréé (quelle qu'en soit la raison) sont exclus de certains statuts et initiations. Leur absence de descendance fait qu'ils ne deviennent en quelque sorte jamais adultes, jamais « majeurs », qu'ils ne sont pas intégrés dans la transmission sociale qui est aussi un mode symbolique de filiation. Dans notre société même le statut générationnel est important : honte et fierté d'être parent, grand-parent, arrière-grand-parent. Honte parce que cette position dit quelque chose de l'âge, fierté car elle témoigne de la fécondité propre comme de celle de la lignée qui vivra au-delà de la mort de l'âgé et lui rendra honneur et témoignage. Ce point mériterait bien entendu de nombreux approfondissements non seulement en fonction des cultures mais aussi en fonction des sexes car on ne vieillit pas socialement de la même façon dans le monde selon que l'on est homme ou femme. L'importance accordée à la place générationnelle aide à comprendre que la question de la vieillesse se pose, que le statut de vieux, d'ancien… existe même dans les contrées où l'espérance de vie est limitée : ainsi en Mongolie ne dépasse-t-elle pas la cinquantaine.

Bien souvent, on entend dire que dans les cultures traditionnelles les vieux sont mieux traités qu'en Occident. Ceci appelle une double remarque.

D'une part, cette affirmation n'est pas globalement juste car il y a de fortes variations selon les pays, les modes de vie, les richesses, en particulier alimentaires, les croyances, mais aussi selon l'état physique et psychique des vieux. Il est plus facile à une société sédentaire de garder ses vieux qu'à une société nomade, surtout dès lors que ceux-ci rencontrent des difficultés pour se déplacer : ainsi de l'abandon par

les Inuits de leurs vieux sur la banquise, avec quelques nourritures, lors de leurs migrations sur la glace. Cependant les sociétés sédentaires aussi peuvent ne pas garder leurs vieillards : dans certaines sociétés africaines, c'est lorsque ceux-ci perdent la tête, lorsqu'ils deviennent déments séniles. Que l'on songe au remarquable roman de Fukazawa, *La Balade de Narayama*[1] *: dans un petit village japonais (fort pauvre, on voit que la nourriture est rare), la tradition veut que les vieux partent sur une montagne sacrée pour y mourir : une vieille femme veut y aller car elle pense que les dieux l'attendent mais ses enfants qui l'aiment veulent la garder ; un vieil homme refuse d'y aller, a peur de la mort alors que son fils a hâte de l'y emmener. Une pareille problématique montre bien la tension entre tradition culturelle et appropriation (ou pas) subjective.*

D'autre part, cette affirmation n'est pas globalement juste car elle dépend de l'organisation sociale et familiale, ainsi que de son évolution. En effet, les sociétés traditionnelles ont été et sont souvent encore figées par le regard occidental qui se plaît à les penser comme immobiles, voire anhistoriques, ce qui n'est pas vrai. De plus, actuellement, les modes d'organisation traditionnels de ces sociétés tendent, sinon à disparaître, du moins à largement évoluer, tant en Afrique qu'en Asie, en Amérique ou en Océanie, ne serait-ce que du fait du fort exode rural que connaissent beaucoup de pays. De nombreux petits paysans ou artisans quittent leur village pour aller vers les villes qui deviennent de véritables mégalopoles : les solidarités villageoises et familiales disparaissent ou se réorganisent par exemple, dans les meilleurs des cas, en solidarité à distance (C. Attias-Donfut, 1995) par l'envoi d'argent, ce qui se rencontre aussi lorsqu'un membre de la famille ou du groupe social migre à l'étranger, son départ étant généralement porté par la collectivité. Mais dans bien d'autres cas, les vieux se retrouvent isolés, privés de l'aide de la famille, ou déracinés dans de grandes villes où ils vivent le plus souvent dans des

1. Qui fut adapté en un film au même titre par Shōhei Imamura et qui obtint la Palme d'or au Festival de Cannes en 1983.

bidonvilles. Les pays d'Afrique, du nord au sud, commencent à se poser la question du devenir des vieux ; des projets de maisons de retraite commencent à émerger, ce qui demeure complexe pour les familles qui ont alors le plus souvent le sentiment de défaillir à leur rôle socialement prescrit et internalisé.

En bref, sous les diverses latitudes du monde dit traditionnel, le sort des âgés n'est pas toujours celui, idéalisé, des sages écoutés et respectés par les plus jeunes. De plus, ces vieux sont proportionnellement beaucoup plus rares que dans les sociétés occidentales contemporaines, ce qui les rend peut-être plus supportables, encore que les positions de pouvoir qu'ils occupent puissent, là aussi, faire l'objet de mouvement de rivalité et d'envie.

2. Historique de la vieillesse

Au sein même de la société occidentale, la vieillesse et le sort des vieux ont pu faire l'objet du même type d'idéalisation. Au cours des siècles passés, on aurait aimé, respecté, choyé les vieux. D'une part, ici aussi, ceux-ci étaient peu nombreux, ils appartenaient aux classes supérieures de la société, du moins lorsqu'ils avaient échappé aux guerres, aux combats, d'autre part, il conviendrait de distinguer de manière fine selon les cultures, les époques, les milieux sociaux… Les travaux d'historiens comme J.-P. Gutton soulignent cette diversité et renvoient, grâce à l'analyse de documents historiques, à plus de réalité. Ainsi, alors que l'on imagine le monde rural protecteur des vieux que l'on gardait à la ferme dans une joyeuse vie collective, il rappelle qu'au XIX^e^ siècle le législateur dut faire une loi visant à condamner ceux qui maltraitaient les vieux. En effet, s'ils étaient effectivement gardés à la ferme, ce n'était pas toujours par amour mais parce qu'ils en étaient propriétaires. Il arrivait que les enfants les y gardent donc mais pas forcément dans la maison : dans la grange, l'étable, les nourrissant mal, les laissant en guenilles, etc., en attendant que le

vieux meure afin de pouvoir enfin hériter. Cette problématique est ancienne, elle se retrouve dès lors que la société est patriarcale (ce qui demanderait que l'on se penche aussi sur le sort des femmes) et que l'ancien est le propriétaire, le maître de la maison : à cet égard, il s'agit de société gérontocratique. Si la culture chrétienne, dominante dans tout l'Occident pendant longtemps, prône le respect et l'amour des parents, de même que la culture juive (la loi de Moïse dit : « tu honoreras ton père et ta mère »), elle n'a pas empêché que d'autres mouvements psychiques se développent, en partie en lien avec la manière dont les Anciens exerçaient leur position, leur pouvoir.

De plus, ainsi que le souligne C. Hummel dans ses recherches (nous y reviendrons) sur les représentations sociales de la vieillesse, nous ne passons pas d'une représentation positive de celle-ci dans l'Antiquité, le Moyen Âge ou l'âge classique à une représentation négative à partir de la Révolution ou de la révolution industrielle. En fait, dès l'Antiquité, et avec des mouvements de balancier quant à la prévalence d'un aspect ou de l'autre, ont cohabité une représentation positive et une représentation négative de la vieillesse, ce qui a conditionné en bonne partie des comportements et attitudes singuliers et sociaux vis-à-vis de celle-ci.

Un dernier aspect sur cette dimension historique portera sur la prise en charge des vieux. Longtemps en effet les vieux, lorsqu'il y en avait, ont été gardés au domicile, pour le meilleur comme pour le pire. Les vieux seuls, sans famille ou exclus de celle-ci, sans descendance, pauvres le plus souvent, les vieux fous ou mentalement détériorés, les incapables de travailler pour des raisons de maladie, de handicap, etc., étaient le plus souvent accueillis dans les hospices fondés par des particuliers et confiés à des ordres religieux. Ces lieux eurent aussi une fonction de police des indigents, en particulier sous Louis XIV. Nous retrouvons là l'ambivalence présente dans la majorité des institutions, ambivalence qui peut se partager entre le projet (humaniste) des fondateurs et son inscription sociale. D'une part, l'institution a une dimension inclusive : elle accueille tous ceux qui

en ont besoin pour les accompagner dans ce qui leur reste de temps à vivre et leur construit un projet, que celui-ci soit soutenu par un modèle religieux ou humaniste. D'autre part, elle a une dimension exclusive : ce projet est politiquement « récupéré » pour contenir les indigents, les surveiller, les enfermer[1]. Si pendant longtemps les institutions qui accueillaient les indigents ne les classaient pas, à partir de la Révolution française et du psychiatre P. Pinel, on commença à penser des lieux d'accueil différenciés afin que les soins proposés soient adaptés à la population. Les lieux pour les vieillards furent longtemps désignés comme hospices (à entendre comme lieux qui exercent l'hospitalité pour les sans lieux), mais ce terme devint petit à petit péjoratif, lié à celui de mouroir pour deux raisons principales : d'une part, car on mourrait en effet dans ce lieu (âge, maladie) conformément à sa vocation que la société préférait dénier, d'autre part car beaucoup de ces institutions avaient peu de moyens, donc la formation du personnel était inexistante, ce qui fit que nombre de ces lieux étaient effectivement lugubres. Vers 1985, j'ai visité un hospice départemental dans lequel les chambres étaient de dix lits avec la table pour manger au centre, ce qui faisait que, se plaignait le directeur, les résidents se recouchaient entre les plats ! Même si des progrès restent encore à faire, les choses ont tout de même largement changé : la chambre individuelle, le plus souvent avec W-C et douche, est devenue la norme.

3. Représentations sociales : entre angoisses et défenses

Ainsi que S. Moscovici et D. Jodelet l'ont souligné, les représentations sociales se construisent dans les communications sociales, elles ont un versant cognitif (connaissance de leur objet) selon leurs logiques

1. Cf. *Histoire de la folie* et *Surveiller et punir* de M. Foucault (Gallimard).

propres et un versant action, en même temps qu'elles donnent forme aux représentations de chacun et qu'elles participent à l'inscription du sujet dans des groupes. R. Kaës (1989) a articulé cette approche à la psychanalyse, montrant que les représentations sociales avaient en même temps une fonction d'organisation des psychismes singuliers (en leur proposant des représentations préexistantes, en quoi elles participent à la symbolisation et aux défenses) et du psychisme en groupe (liens, contrats et pactes inconscients). Ces apports permettront de relire les travaux de C. Hummel. Celle-ci, sociologue suisse, a conduit une recherche de thèse sur les représentations sociales de la vieillesse. Elle en est arrivée aux conclusions suivantes après un important travail d'investigation sur le terrain. Dans un premier temps lui a semblé que se dégageaient deux représentations sociales de la vieillesse, l'une positive (vieillesse = sagesse, temps libre, liens avec la famille, etc.), l'autre négative (vieillesse = maladie, démence, institution, mort). En analysant ces deux représentations, elle en est venue à conclure qu'il s'agissait en fait d'une seule dont les éléments étaient organisés en opposition les uns par rapport aux autres. La représentation sociale de la vieillesse s'organisait entre vieillesse en bonne santé (positive) et vieillesse en étant malade, dépendant (négative). Cette organisation de la représentation est donc sur le mode du clivage bon/mauvais, au détriment d'une réalité plus complexe et plus nuancée. Mais cette organisation participe à l'économie sociale et psychique quant à la vieillesse, ce qui veut dire que les professionnels du vieillissement ont un vrai travail à effectuer quant à leurs propres représentations, pour une part préconscientes et inconscientes.

Les représentations de chacun (en reprise ou en opposition vis-à-vis des représentations sociales) sont en lien avec la manière dont il aborde (ou évite d'aborder) son propre vieillissement et celui de ses proches en fonction de ses angoisses propres, des défenses et élaborations qu'il a pu mettre en place.

Un travail d'enquête mené avec des étudiants sur la manière dont des jeunes retraités se représentaient leur vieillesse, de même que

ce que j'entends dans ma pratique de psychologue, montrent que la vieillesse est très étroitement associée à la dépendance et/ou à la maladie d'Alzheimer, à l'entrée en institution et à la mort. Ces différents éléments sont pensés comme une quasi-fatalité du vieillissement, ce qui est loin de la réalité dont témoignent les statistiques pour lesquelles la vie en institution et la maladie d'Alzheimer (au sens large) concernent au plus 20 % des plus de quatre-vingts ans. Plusieurs niveaux doivent être sollicités pour expliquer cela.

Premièrement, il convient de ne pas négliger les effets de la communication des mass media qui privilégient un traitement global des problèmes. On n'y parle guère des vieux qu'à propos de la canicule ou de la maltraitance en maison de retraite, de la maladie d'Alzheimer, des problèmes financiers des retraites ou encore d'un éventuel cinquième risque (la vieillesse serait donc un risque ? Pour qui ? De quoi ?).

Deuxièmement, la place croissante des modèles cognitifs renforce l'approche du vieillissement en termes de déficits. En effet ces modèles renvoient essentiellement au fonctionnement du cerveau et visent principalement à évaluer, de manière précise, les dysfonctionnements. Or, plutôt que de parler de dysfonctionnement, il est possible d'envisager ces nouveaux fonctionnements comme résultant de formes tardives de la créativité[1] en fonction des multiples impératifs liés au vieillissement tant corporel et cognitif que social. Ceci s'inscrit dans la ligne de pensée proposée par S. Freud[2] à propos du délire du président Schreber : le symptôme témoigne d'une création et d'une tentative d'autoguérison du sujet avec ses propres moyens à un moment donné de sa vie.

Troisièmement, et plus fondamentalement, le vieillissement cristallise des angoisses : des angoisses spécifiques mais aussi des angoisses présentes tout au long de la vie pour certains sujets. Nous

1. J.-M. Talpin, « Être créatif : un impératif psychique tardif au service de la vie », *Gérontologie et Société*, 2011.

2. S. Freud, « Le président Schreber », *Cinq Psychanalyses*, Paris, PUF, 1911 (1997).

retiendrons ici ce qui relève de l'angoisse liée à la réactivation des positions de dépendance[1] et de son corollaire l'angoisse d'abandon dans l'angoisse liée à la maladie d'Alzheimer et dans celle de « finir ses jours en institution », ainsi que ce qui relève de l'angoisse de mort, que ces angoisses soient en lien avec les parents ou avec soi-même.

Pour terminer ce chapitre, il importe de souligner que les représentations sociales (pas plus que les cultures) ne sont pas fixées une fois pour toutes : elles évoluent, se transforment, ce qui est long, entre autres du fait du militantisme. En témoigne la volonté politique qui conduisit, dans les années 1970, à la création de la Fondation nationale de gérontologie et de sa revue *Gérontologie et Société* : en suscitant des recherches, en publiant des articles, il s'agissait tout à la fois de développer des connaissances pluridisciplinaires et de participer à la modification des représentations du vieillissement d'abord auprès des professionnels, ensuite auprès du grand public. Un des effets majeurs de ceci fut la professionnalisation de la gérontologie, la création de métiers (par exemple auxiliaire de vie) et l'intégration de la problématique du vieillissement normal et pathologique dans les formations à des métiers préexistants (infirmier, médecin, assistant social, psychologue, etc.).

Ce chapitre aura mis en évidence qu'il n'y a pas une vérité de la vieillesse mais des constructions, sociales et singulières, qui font que chacun (âgé, famille, professionnel) l'aborde en fonction de son inscription sociale et de son organisation psychique propre. De plus, cette dimension culturelle, contextuelle, sociale influe sur notre perception du vieillissement, que ce soit le nôtre ou celui d'autrui. Une brève situation clinique permettra de mieux saisir cela.

Je rencontre Mme Monique, 65 ans, en consultation dans un centre médico-psychologique. Elle l'a sollicitée car elle pense qu'elle souffre d'un début de

1. P.-L. Assoun, « Le vieillissement saisi par la psychanalyse », *Communication*, n° 37, Paris, éd. du Seuil.

maladie d'Alzheimer. Je lui demande de me dire ce qui lui fait penser cela ; elle m'explique qu'il lui arrive assez souvent d'aller faire des courses et d'en oublier une partie, de partir chercher quelque chose dans la maison et de ne plus savoir quoi… Comme je lui demande de préciser quand il lui semble que cela a commencé, elle dit qu'en fait elle a toujours été « tête en l'air ».
Le changement d'âge entraîne donc une modification de regard sur un symptôme ancien : longtemps ses oublis furent mis sur le compte de son étourderie, maintenant ils sont mis sur le compte de la maladie d'Alzheimer, Mme Monique cherchant dès lors le moindre symptôme et l'interprétant dans le sens de cette maladie redoutée. Dans ce cas particulier, un bilan mémoire (sans aucun signe de maladie d'Alzheimer) et quelques entretiens permirent à cette dame de prendre conscience que son symptôme « oubli » devenait plus pénible car, du fait de son âge, elle peinait plus à se déplacer et que ses oublis lui coûtaient plus ; elle put ainsi élaborer un peu son vieillissement qu'elle déniait jusqu'alors, sauf à le penser sur le mode dramatique de la maladie d'Alzheimer.

Cette prévalence de la maladie d'Alzheimer (entité alors plus ou moins imprécise, liée, globalement, à l'oubli) marque aussi les représentations de professionnels, comme si elle constituait tôt ou tard le destin de tout vieux, ce qui n'est pas le cas. Des travaux récents, en particuliers ceux de G. Withehouse ou de L. Ngatcha-Ribert, développent avec beaucoup de finesse les enjeux et les effets (économiques, pharmaceutiques, sociaux, psychiques) de l'extension de la représentation sociale de la maladie d'Alzheimer, au risque que ce terme devienne un signifiant clé, et redouté, de la vieillesse.

Cet arrière-fond culturel, historique et social, ainsi que le rapide repérage des angoisses et des défenses mobilisées, vont nous aider à comprendre, dans le chapitre suivant, les modes de théorisation de la vieillesse. En effet, toute théorisation porte à la fois la trace de l'époque dans laquelle elle a été produite et des effets de son objet sur le psychisme du théoricien, ce que R. Roussillon, en appui sur J.-L. Donnet, nomme « la pénétration agie de l'objet » non seulement dans le cadre et dans le thérapeute mais aussi dans la théorie.

Chapitre 2

Quels paradigmes pour penser le vieillissement ?

Les différents cliniciens qui se sont penchés sur le vieillissement, qu'il soit normal ou pathologique (mais l'approche psychopathologique ayant longtemps prévalu, elle participa de et à la représentation négative de la vieillesse), ont chacun privilégié un point de vue, un angle d'attaque conceptuel pour le penser. C'est ce que nous allons maintenant nous attacher à montrer, en commençant par S. Freud.

1. S. Freud et la mise à distance

S. Freud n'a pas pris le vieillissement et la vieillesse directement comme objet d'étude, pour des raisons de résistance personnelle et parce que, à la différence de l'hystérie, ce n'était pas un objet cliniquement et intellectuellement investi à son époque. Les écrits de S. Freud sur la mort seront bien entendu ici utiles mais ce ne sont pas sur ceux-ci que nous nous arrêterons pour le moment, la

mort faisant l'objet d'un développement ultérieur. De plus il ne me paraît pas judicieux de ramener si rapidement le vieillissement à la mort.

Dans « De la psychothérapie[1] », en 1904, S. Freud dit quelque chose de sa théorie du vieillissement à travers les objections qu'il fait à la prise en analyse des patients âgés : « L'âge des malades entre en ligne de compte lorsque l'on veut établir leur aptitude à être traités par la psychanalyse. En effet, les personnes ayant atteint ou dépassé la cinquantaine ne disposent plus de la plasticité des processus psychiques sur lesquels s'appuie la thérapeutique – les vieilles gens ne sont plus éducables – et, en outre, la quantité de matériau à défricher augmente indéfiniment la durée du traitement. » Il n'y reviendra pas dans son œuvre ultérieure. Ce bref passage appelle plusieurs commentaires.

Même si, au début du XX^e^ siècle, 50 ans était proportionnellement un âge plus avancé qu'en ce début du XXI^e^ siècle, rappelons tout d'abord qu'en 1904 S. Freud a 48 ans puisqu'il est né en 1856. C'est pour lui une période d'exceptionnelle créativité qui durera jusqu'à sa mort en 1939, à 83 ans. Sa plasticité semble être demeurée importante, lui qui ne cessa guère de mettre régulièrement en question, en fonction des difficultés cliniques rencontrées, sa théorisation et sa technique. Ce seul fait pose question et semble révéler une limite dans le travail d'autoanalyse. Par ailleurs, ainsi que le souligna C. Roos, S. Freud, qui parla de sa vieillesse dans sa correspondance, se plaignant de dépendre des autres, à commencer par sa fille Anna, a aussi pu en partie occulter la problématique du vieillissement par celle de la maladie (un cancer).

L'argument du manque de plasticité des processus psychiques des personnes vieillissantes renvoie à ce que S. Freud nomma[2] la « viscosité de la libido » dont l'âge n'est qu'une des occurrences d'apparition.

1. In *La Technique psychanalytique*.
2. In *Introduction à la psychanalyse*, 1916.

Cette viscosité est au service de la résistance, du non-changement, elle n'est donc pas spécifique du vieillissement. En poussant cet argument plus loin, il semble qu'elle ne soit ni réservée au vieillissement, ni systématiquement présente, dans une mesure problématique du moins, au cours de celui-ci. Cette proposition peut s'entendre comme participant à une représentation négative du vieillissement mais aussi comme liée à l'état technique de la psychanalyse naissante. Ainsi, en 1920, N. Abraham proposera-t-il des modifications techniques à même de relancer le travail psychique chez de tels sujets. Les travaux ultérieurs (par exemple le cas rapporté par H. Segal, 1958) et récents avec des sujets âgés montrent qu'il peut y avoir une vraie demande de changement chez des sujets vieillissants et que leur thérapie ne rencontre pas plus d'immobilisme que celle de sujets plus jeunes. La question est alors plutôt à poser d'une part du côté de l'organisation psychique, des angoisses, des défenses, des modes de symbolisation et de leurs limites, etc., d'autre part du côté de la technique de prise en charge.

Si plus grande viscosité de la libido il y a, ce n'est sans doute pas tant du fait de la « nature » de la libido (ce qui renverrait à une dimension quasi biologique) que du besoin de sécurité, de stabilité du moi dans un temps (le vieillissement) marqué par de multiples changements et par de nombreuses pertes ainsi que cela sera développé plus loin. En somme, dans un monde qui change beaucoup, à de multiples égards, le moi se figerait, ou tenterait de le faire, afin de se protéger, de conserver quelque chose d'une identité menacée sur le plan de ses étayages tant sociaux que somatiques et objectaux. Ceci nous renvoie aussi à l'idée qu'avec le vieillissement il n'y a pas moins de libido (ce que pensent certains sur un mode là aussi biologique, dans une confusion entre force physique, voire érection, et libido, pulsion) mais qu'il y a sans doute moins de libido disponible, une plus grande partie de celle-ci étant immobilisée à des fins de conservation de l'identité afin de limiter les angoisses liées au changement bien souvent subi.

Enfin, dans la suite de ses travaux, S. Freud abandonna ce vocabulaire de « viscosité de la libido » pour reprendre la question à nouveaux frais avec le concept de pulsion de mort. Ce concept est bien souvent convoqué pour parler du vieillissement, nous y reviendrons à propos des travaux de M. Péruchon. Ceci demande une certaine prudence afin de ne pas rabattre la pulsion de mort sur la mort ; ceci demande aussi de définir précisément cette pulsion en particulier dans sa logique de compulsion de répétition.

Le second argument de S. Freud tient à la trop grande quantité de matériel qu'il y aurait à traiter. Ceci est sans doute vrai pour une analyse approfondie mais l'est beaucoup moins pour un travail psychothérapique qui ciblera, chemin faisant, les priorités à traiter, les points majeurs de souffrance. L'abondance de matériel peut être vraie à tous les âges, par exemple dans une dynamique obsessionnelle. Elle est surtout à comprendre comme mécanisme de résistance soit pour « noyer le poisson », éviter la confrontation aux points de souffrance, soit pour ne jamais terminer le travail psychothérapique puisqu'il y aurait toujours du matériel à analyser.

De plus, l'expérience clinique montre que certains patients âgés vont à l'essentiel, pressés qu'ils sont par leur souffrance et leur envie de s'en libérer. Une brève vignette l'illustrera.

Le psychologue d'une unité d'hospitalisation propose un rendez-vous pour l'après-midi du même jour à M. Suarès[1], qui accepte facilement. À l'heure dite, il attend non loin du bureau du psychologue.

M. Suarès va avoir 60 ans, lorsqu'il parle il a un reste d'accent portugais ; il est vêtu de manière simple et plutôt sportive.

Le psychologue, après un rapide rappel du cadre de ce premier entretien : Alors, que se passe-t-il ?

M. Suarès : C'est mon docteur, Mme R. (généraliste), qui a voulu que je vienne à l'hôpital, depuis quelques mois, ça ne va pas bien, je ne sais pas ce qui m'arrive, elle dit que c'est les nerfs. Vous savez, j'ai travaillé toute ma vie, depuis

1. À des fins d'anonymisation des personnes, tous les noms et prénoms ont été modifiés.

l'âge de 14 ans. J'ai eu un accident au travail, sur un chantier, il y a trois ans, je n'ai pas pu reprendre, je suis au chômage depuis mais dans un mois je serai à la retraite. Je ne sais pas ce qui m'arrive, je n'ai plus envie de rien.
Mon père est mort quand j'avais 7 ans. Nous étions six enfants, ma mère, elle a fait ce qu'elle a pu. J'ai été placé dans une famille dans un village voisin. C'est là que j'ai commencé à travailler. J'étais inquiet pour ma mère, je ne la voyais pas souvent.
Je ne sais pas pourquoi je vous raconte ça, ça n'a aucun rapport, c'est loin, c'est le passé. (Un silence, M. Suarès semble rêveur.)

Ce tout début d'entretien montre que d'emblée le patient, après un bref passage par l'actuel, pose une source infantile de souffrance qu'il déploiera dans la suite des entretiens, et ce d'autant plus qu'il envisage à la retraite de retourner avec son épouse vivre au Portugal, dans la maison qu'ils ont fait construire dans son village natal. Cet exemple nous paraît d'autant plus intéressant que M. Suarès n'a aucune culture psychologique : pour autant, il a tout de suite compris comment il pouvait utiliser le dispositif qui lui était proposé et qu'il avait accepté avec une certaine hâte qui disait bien sa souffrance psychique, non seulement en lien avec son accident du travail et son identité de travailleur, mais aussi avec son enfance, marquée et par le deuil, les deuils, et par le travail précoce.

Si l'approche freudienne se centre tout particulièrement sur l'infantile, et ce que l'on nommera ensuite l'archaïque, la clinique du vieillissement sera donc une clinique des effets et du devenir de cet infantile et de cet archaïque durant la traversée des âges de la vie. Les successeurs de S. Freud ont repéré, dans sa théorisation, ce qui était à même de les aider à explorer de nouveaux objets cliniques, ici le vieillissement, mais ce serait aussi vrai de la clinique des bébés, des enfants, des psychotiques…

Nous nous centrerons ici sur les cliniciens français qui ont fourni les bases de la clinique psychanalytique du vieillissement à partir des années 1970, les périodes antérieures ayant été prises par d'autres objets cliniques vécus comme plus urgents.

2. C. Balier et le narcissisme

Dans ses articles de 1976 et 1979[1], C. Balier[2] proposa de se saisir de la question du vieillissement sous l'angle du narcissisme, en particulier en ce que le vieillissement remet en question l'identité sur les plans physique, biologique et social, tous fédérés dans la dimension psychique. Ce choix est important car il se décale de l'approche strictement psychopathologique pour ouvrir une perspective transversale. Ceci correspond aussi à un moment de la théorie où le concept de narcissisme est remis en chantier (en particulier par B. Grunberger). C. Balier ouvrit une perspective intéressante par rapport à S. Freud et aux postfreudiens proches (M. Balint, 1933, par exemple) qui restaient très centrés sur les problématiques névrotiques, œdipiennes et sexuelles génitales. À cet égard, E. Jaques, dans sa réflexion sur la crise du milieu de la vie (cf. p. 44), fit œuvre de précurseur dans la mesure où il introduisit en place centrale non seulement cette instance narcissique qu'est l'idéal du moi mais surtout la position dépressive qui permet d'élaborer le clivage du moi et celui de l'objet. Dans une logique de crise qui sera approfondie, à d'autres égards, par R. Kaës (1979) et ses collaborateurs, C. Balier insiste, dans cette perspective narcissique, sur la dialectique continuité/rupture. Le maintien ou la restauration de la continuité suppose pour lui :

– une élaboration de l'Œdipe et de la castration ;

– un bon investissement narcissique, une suffisamment bonne estime de soi.

Dès 1976 donc, C. Balier commence à articuler narcissisme, vieillissement et mort. Il écrit : « Toute la dynamique de l'investissement/désinvestissement narcissique au cours du vieillissement se fonderait sur une opposition narcissisme/mort. » C'est dire que, s'il met en

1. Le second reprend et approfondit le premier.

2. Psychiatre et psychanalyste, responsable alors d'un hôpital de jour pour personnes âgées.

avant le concept de narcissisme, il pense principalement le vieillissement dans la perspective de la mort, perspective qui est en effet une profonde atteinte narcissique pour le moi. C. Balier semble se refuser à parler de pulsion de mort alors que tout son développement appelle cette notion, d'autant plus que les premiers articles de A. Green sur l'articulation narcissisme-pulsion de mort datent de 1967 et que la tension entre ces deux concepts est déjà présente, à certains égards, dans le texte de S. Freud « Pour introduire le narcissisme » (1914), alors même que la pulsion de mort n'est pas encore conceptualisée en tant que telle mais qu'elle est repérable dans le travail du négatif.

Dès lors, pour C. Balier, le moi est pris entre deux mouvements : un mouvement de retrait et un mouvement de relance des investissements narcissiques, ceci en appui sur le bilan de vie, bilan qui s'effectue au regard des idéaux du moi et de la plus ou moins grande réalisation de ceux-ci dans la vie du sujet vieillissant. Le narcissisme-retrait peut d'abord tendre vers une illusoire unité (re)trouvée et avoir ainsi une fonction de rempart « contre le sentiment d'avancer inéluctablement vers la mort et le néant » (C. Balier, 1976). Pour autant, dans un deuxième temps, ce narcissisme-retrait peut au contraire révéler, pour autant qu'il s'installe, sa participation au travail de la mort dans le psychisme par un profond mouvement de désinvestissement : en effet le moi se réalimente toujours pulsionnellement aux objets, il n'est jamais entièrement autosuffisant (même s'il se rêve tel pour ne pas avoir à dépendre de ses objets). Mais ce retrait peut aussi n'être qu'une étape, nécessaire, avant un mouvement de relance des investissements, en appui sur un bilan de vie suffisamment positif pour alimenter le moi en libido narcissique et relancer de nouveaux idéaux quant au temps de la vieillesse.

Il ressort dès lors que le narcissisme est alimenté à deux sources, l'une interne, l'idéal du moi (qui a lui-même des sources externes, les idéaux des parents internalisés), l'autre externe : les objets. Que l'idéal, faute de renforcements par des expériences vécues comme positives, que les objets, parce qu'ils disparaissent, n'alimentent plus

le narcissisme, et celui-ci risque de faire alliance avec la pulsion de mort, et ce d'autant plus qu'il aura connu des carences précoces faute d'un objet suffisamment présent, disponible et stable. En effet S. Freud signale (1914b) que l'estime de soi est pour une part primaire (reste du narcissisme infantile), liée à ce que l'expérience confirme du fantasme de toute-puissance grâce aux aménagements maternels, pour une part liée à la satisfaction de la libido d'objet.

3. P.-L. Assoun et J. Bergeret : les devenirs de la libido

Nous avons vu que S. Freud parle d'une augmentation de la viscosité de la libido dans le vieillissement. Cette question du devenir de la libido, qui est un des signes majeurs de l'organisation du psychisme comme appareil de transformation, parcourt différents travaux des années 1980.

Dans sa contribution de 1983 au numéro de la revue pluridisciplinaire *Communications* intitulé « Le continent gris », P.-L. Assoun, après l'expression de réserves à penser une catégorie générale telle que le vieillissement là où la psychanalyse ne connaît que des sujets, propose de croiser le vieillissement à différents concepts de la psychanalyse dont il fait l'hypothèse qu'ils seront éclairants. Il souligne aussi que la notion de vieillissement est toujours à déconstruire car elle est un support projectif important.

Il se centre d'abord sur le concept de libido, soulignant tout à la fois la question du destin de la libido dans le vieillissement et l'absence de stade post-génital, point sur lequel nous reviendrons brièvement à propos du travail de J. Bergeret mais aussi de H. Bianchi. Cependant, s'il n'y a pas de stade post-génital, il peut y avoir un délitement de l'organisation de la pulsionnalité sous le primat du génital. Durant le vieillissement, du fait, dans certaines situations,

de l'apparition de dépendances (physiques ou cognitives, mais aussi psychiques), la libido peut se rabattre sur le besoin, ce qui fait qu'un des axes importants du vieillissement concernerait la modification de la relation à l'objet avec un retour à une relation anaclitique. Ceci peut aller jusqu'à la réactivation de l'*Hilflosigkeit* (état de détresse, désaide) proposée par S. Freud au début de « Inhibition, symptôme, angoisse » pour caractériser le vécu du tout-petit entièrement dépendant de sa mère.

De manière beaucoup plus centrée, en faisant l'hypothèse implicite d'une certaine unité dans le processus du vieillissement, J. Bergeret[1] soutient que « lorsqu'un adulte déclare que les personnes âgées "retombent dans l'enfance", il serait préférable de comprendre que ces personnes sont considérées par l'adulte comme en train de "revivre une nouvelle crise d'adolescence" et ce sentiment paraît tout à fait fondé ». Pour lui, « comme au moment crucial de l'adolescence, dans la crise de sénescence se trouve remise en question une bonne partie des intégrations antérieures de la violence primitive », thème absent dans les travaux des auteurs précédents et qui est important car cette violence peut aussi être retournée par le sujet contre lui-même ainsi que nous le verrons à propos du suicide du sujet âgé. De plus, l'un des principaux points de rapprochement entre sénescence et adolescence tient pour cet auteur à l'investissement de l'objet qui vise la complétude narcissique dans une relation en miroir, ce qui inscrit cette crise dans une dimension pulsionnelle narcissique. Il en vient à proposer qu'à rebours de la crise d'adolescence, la crise de sénescence se termine par l'entrée dans une nouvelle latence, ce qui entre en opposition avec la proposition de P.-L. Assoun pour lequel il n'y a pas de post-génitalité, à quoi j'ajouterai que la déliaison des montages sous le primat du génital ne signifie pas retour à la latence. Cette nouvelle latence correspondrait à un moratoire pulsionnel, sans doute en lien avec l'idéal social d'une vieillesse désexualisée,

1. Dans un collectif de 1982, résultat d'un des premiers colloques sur la clinique psychanalytique du vieillissement en France.

qui déboucherait sur des sublimations, des rationalisations, processus qui ne nous semblent pas du même registre. Nous verrons bientôt que ce propos sera poussé plus avant par H. Bianchi, ce qui me confirme dans mon hypothèse que, parlant du vieillissement, les auteurs oscillent entre exposé de leurs propres idéaux de la vieillesse et observation clinique, selon leur propre pratique.

Tout ceci conduit J. Bergeret, en référence à E. Erikson (cf. plus loin), à proposer que ce nouveau moratoire corresponde à une sortie de crise, à un nouvel état d'équilibre. Cette idée d'une nouvelle latence nous semble largement relever du refoulement de la sexualité des âgés, ce qui se comprend d'autant mieux qu'il est socialement partagé et que cet article date de 1982, période à laquelle ce type de recherches était encore rare. On pourrait proposer, pour ouvrir une tout autre perspective, militante, le roboratif ouvrage de R. Dadoun *Vieillir et jouir*.

Avec l'auteur qui suit, nous allons creuser la question ouverte par J. Bergeret.

4. H. Bianchi : entre sujet et structure, qu'est-ce qui vieillit ?

H. Bianchi, psychanalyste, fit partie des fondateurs de l'Association internationale de gérontologie psychanalytique. Dans l'ouvrage qu'il publia en 1987, il s'est attaché tout particulièrement à la question de savoir ce qui, psychiquement, vieillit, et proposa, dans une perspective structuraliste, que si la structure, définitivement établie à l'adolescence, ne vieillit pas, n'est pas touchée, affectée par le vieillissement, le sujet, lui, vieillit. Pour lui, le sujet est au point de tension entre l'histoire et la structure : il a à intégrer les limites qu'il rencontre, celle de sa naissance comme celle de sa mort et de toutes les

pertes rencontrées au cours d'une vie. Avec ces limites, le sujet doit, non seulement en vieillissant mais tout au long de sa vie, maintenir ou restaurer de la continuité identitaire, en quoi nous rejoignons, dans la lignée des auteurs précédents, la perspective narcissique. Mais H. Bianchi, de manière très intéressante, articule la dimension pulsionnelle narcissique à sa dimension objectale.

Cependant, à un moment, il quitte la position clinicienne pour construire ce que je considère comme son modèle idéal du vieillissement, un modèle proche finalement de celui de J. Bergeret même s'il s'énonce en d'autres termes, un modèle qui n'est pas loin non plus de celui de la fin de vie développé par E. Kübler-Ross avec le détachement. En effet H. Bianchi propose comme modèle du vieillissement du sujet aux prises avec la question de la mort propre le renoncement oblatif qu'il distingue clairement d'une position mélancolique, question que nous reprendrons plus loin autour du deuil de soi[1]. En effet « le moi [doit] consentir à se plier à l'exigence d'un travail psychique : du travail de deuil […]. Deuil du moi magique et de l'enfant idéal, deuil d'une perfection impossible et irréaliste, acceptation non seulement "des pulsions destructrices" et des imperfections du bon objet internalisé […] mais aussi acceptation de cette mort-en-marche dans le sujet et dans l'objet […] ». Un peu plus loin, il poursuit : « Or, dans la vieillesse – et dans le travail d'acceptation de la réalité du vieillissement – c'est de la castration du sujet dans son être qu'il s'agit. » Il vise alors une unification du moi dans ce deuil, faisant du clivage un mécanisme pathologique. Or la clinique nous montre l'existence, nécessaire à mon sens, du clivage jusqu'à la fin de la vie : clivage entre la part du moi qui sait et accepte la mort proche et celle qui la refuse, l'ignore et permet ainsi (c'est bien entendu une question de proportion) au moi de se projeter dans le futur, ne serait-ce qu'à court terme, c'est-à-dire de continuer à mobiliser l'idéal du moi. La totale acceptation de la mort se tient pour moi du côté de la position mélancolique.

1. En 4.1 et 5.1.

Dans son article paru deux ans plus tard, en 1989[1], H. Bianchi reprend la question du vieillissement sous un angle qu'il n'avait fait qu'esquisser (privilégiant alors la perspective de l'autodisparition), celui de l'attachement qui insiste alors sur la place et l'importance des objets. En appui sur S. Freud et J. Bowlby, il distingue trois temps de l'attachement :

1) l'attachement primaire de la petite enfance ;

2) l'attachement remanié par la crise œdipienne qui conduira à l'attachement adulte avec tout son jeu de déplacements et de substitutions ;

3) enfin la confrontation de cet attachement à sa propre finitude et à celle des objets, avec la pensée que les objets de remplacement perdent eux-mêmes de leur attractivité dès lors qu'ils sont pensés comme étant susceptibles d'être perdus.

Cependant demeure un impératif psychique d'attachement qui conduit éventuellement à une régression vers l'objet primaire, et ce d'autant plus que des éléments de dépendance physique ou cognitive peuvent apparaître, rendant visible le besoin de l'autre, de l'objet. Ceci n'est pas sans évoquer l'objet clé développé par M. de M'Uzan quant à la fin de la vie, nous y reviendrons dans la partie consacrée aux apports d'H. Bianchi quant au travail du vieillir.

5. J. Messy et la question de la « personne âgée »

Psychanalyste intervenant en hôpital de jour pour sujets âgés, J. Messy ouvre son livre au titre provocateur *La personne âgée n'existe pas* (1992) sur la question de la mort, la vieillesse étant d'emblée placée sous ce signe, nous y reviendrons. Auparavant, comme les autres auteurs évoqués, mais de manière plus radicale, dans la logique

1. Dans un collectif qu'il dirigea suite à un colloque.

lacanienne du « La femme n'existe pas », il souligne qu'il est cliniquement impossible de parler de « la personne âgée » en général car il n'y a que des sujets confrontés à leur vieillissement ainsi qu'à la perspective de leur propre mort et car le désir ne vieillit pas, l'inconscient ignorant le temps ainsi que le proposa S. Freud. Pour autant l'appareil psychique n'est pas qu'inconscient mais aussi préconscient et conscient et a à faire aux signes du temps. Ceci posé, J. Messy se dédit un peu dès lors qu'il reprend, une fois encore dans une perspective lacanienne, quelque chose qui lui semble commun dans la clinique du vieillissement, à savoir au fond la question narcissique, saisie cette fois autour du miroir. Si, chez le jeune enfant (J. Lacan), le stade du miroir permet une première intégration psychique, ouvre sur une apparente unité, chez le sujet âgé, au contraire, il met à mal cette unification. J. Messy parle ainsi de « miroir brisé » qui fait que « lorsque l'idéal choit, la hideur se dévoile », hideur qui, articulée au moi, donne le « moi hideur » qu'il oppose au moi idéal : l'agressivité jusqu'alors liée se délie et le sujet la retourne le plus souvent contre lui-même, ce qui peut le conduire à certaines pathologies, voire à la mort.

Pour cet auteur, donc, la rencontre avec le vieillissement est par nature traumatique et peut faire vaciller le moi sur ses bases, quand ce n'est pas les détruire, ce qui enclenche un processus mortifère. Pour autant, lorsque J. Messy parle du miroir brisé, il importe d'en différencier l'expérience de ce qui se passe dans le morcellement psychotique, ne serait-ce que parce que le sujet a pu traverser l'âge adulte avec un suffisant sentiment d'unité que le moi ne perd pas mais va au contraire tenter de maintenir (cf. ce qu'en écrit H. Bianchi) éventuellement au prix de clivage, nous y reviendrons.

La suite de l'ouvrage ouvre sur la question des démences séniles à partir d'une situation clinique particulièrement riche, dans une prise en charge conjointe et médiatisée. L'auteur souligne, à partir de son expérience, que les patients présentant des troubles démentiels qu'il a rencontrés présentaient aussi une problématique dépressive liée à

ce qu'il nomme « une perte de trop ». « Il s'ensuit une sorte d'effacement psychique, comme si des parties du moi disparaissaient », sans doute sous l'effet d'un retournement contre son propre appareil psychique de l'agressivité.

Nous y reviendrons dans le chapitre sur les démences, ce travail s'inscrit dans le mouvement global de saisie de la question de la démence par les psychologues, les psychiatres, les psychanalystes dans une approche psychodynamique : ainsi *Le Crépuscule de la raison* de J. Maisondieu en 1989, *Le Psychanalyste et le Vieillard* de G. Le Gouès en 1991, *Destins ultimes de la pulsion de mort* de M. Péruchon et A. Thomé-Renault en 1991 encore, ceci sans oublier que ces livres rassemblaient le fruit de réflexions construites durant la décennie précédente et qui ne furent parfois publiées en livre que plus tard, comme ce fut le cas pour L. Ploton, dans un référentiel plus systémique.

Ce point est important car il témoigne d'un mouvement de bascule dans la saisie et la représentation du vieillissement. Si la clinique de celui-ci s'appuya d'abord sur le paradigme de la névrose, puis sur celui du narcissisme, selon les différentes déclinaisons que nous venons d'envisager, à partir des années 1990 le paradigme dominant devint celui de la démence d'Alzheimer (avec un certain flou quant à ce terme), au risque soit d'occulter les autres problématiques (en particulier dépressives et régressives), soit de faire de la démence le destin et la fatalité, voire le modèle, de tout vieillissement.

6. M. Péruchon et G. Le Gouès : le vieillissement entre démence et sublimation

Ces deux auteurs, ainsi qu'un temps A. Thomé-Renault, ont travaillé ensemble, construisant une pensée aux références communes autour de l'axe démence/sublimation.

La publication de *Le Psychanalyste et le Vieillard* par G. Le Gouès, psychiatre et psychanalyste, est marquante pour deux raisons principales. D'une part, parce que, sans nier la dimension biologique des démences séniles (démences séniles de type Alzheimer ou DSTA, sigle que j'utiliserai par la suite), G. Le Gouès propose une lecture et une clinique psychanalytiques de cette pathologie plutôt sous ses formes débutantes ; d'autre part parce qu'il fournit, en appui sur une clinique fine, une théorisation (ayant des retombées sur la pratique thérapeutique) avancée des processus psychiques dans ces démences. Notre propos n'est pas pour le moment de nous arrêter sur la pathologie démentielle mais de repérer les principaux modèles cliniques du vieillissement. G. Le Gouès et les deux autres auteures citées proposent de penser le vieillissement sur un axe qui va des démences à la sublimation, la démence témoignant de la pathologie de la vieillesse tandis que la sublimation relèverait du vieillissement réussi. Cette proposition s'appuie sur le modèle de l'école psychosomatique de Paris qui oppose la voie de la somatisation à celle de la mentalisation. M. Péruchon a plus particulièrement développé cet aspect. En somme, la démence correspondrait à une somatisation et à une démentalisation tardive tandis que le maintien d'activités sublimatoires témoignerait de la poursuite du travail de mentalisation, ou, pour le dire autrement, de symbolisation. G. Le Gouès y revient en particulier dans *L'Âge et le Principe de plaisir* (2000) avec une ouverture : s'il conserve la ligne de la sublimation, qui me semble faire l'objet d'une certaine idéalisation (en quoi, une fois encore, la théorie parle toujours de celui qui la construit et de son rapport à l'objet qu'il théorise), il considère aussi la dimension de la sexualité, reprenant après d'autres la constatation que le désir ne vieillit pas tandis que les moyens de satisfaction de celui-ci vieillissent. Ceci conduit le sujet à s'organiser soit sur le mode maniaque, soit sur celui du déni (cf. par exemple la chirurgie esthétique ou réparatrice[1]), soit sur celui de

1. Voir le remarquable roman de P. Roth : *Un homme,* et l'analyse que nous en avons proposée (J-M. Talpin, 2008).

la démence, soit sur celui de la réorganisation par déplacement par des modalités régressives de satisfaction soit encore par sublimation. Cependant, pour autant que demeure un objet, la satisfaction peut aussi cumuler courant sexuel et courant tendre (logique de l'attachement) de la pulsion.

Enfin, le travail de G. Le Gouès sur la chirurgie esthétique, qui apporte une réponse en acte à la question du vieillissement en participant d'un mouvement de déni (effacer les signes du vieillissement reviendrait à annuler le vieillissement), ouvre de nouvelles perspectives contemporaines quant au rapport du sujet et de son vieillissement, en particulier corporel.

Nous reviendrons sur les apports de ces auteurs quant au fonctionnement psychique et au travail avec les sujets déments dans le chapitre consacré à cette pathologie.

7. H. Bianchi et D. Quinodoz : le travail du vieillir

Le terme de « travail du vieillir » apparaît sous la plume de H. Bianchi en 1980, dans un article sur le travail de trépas. Dans cet article, qui pose des bases pour ce qu'il développera par la suite, il discute de la pertinence de ce que M. de M'Uzan décrit, à propos de la fin de vie, comme travail de trépas, qui consiste en un mouvement d'expansion passionnel du moi avec un objet clé. Pour H. Bianchi, cette proposition, pertinente pour les personnes qui meurent jeunes, ne l'est généralement pas pour les sujets âgés car ceux-ci ont eu le temps d'effectuer un « travail du vieillir », fait de relecture de la vie (notion de bilan de vie), de processus de deuil et de renoncement, ainsi que de transmission psychique. C'est bien de ce travail du vieillir qu'il reparle, sans alors en faire un concept, dans ses travaux ultérieurs sur le deuil de soi, le renoncement oblatif…

Cette notion fut remise en chantier lorsque l'Association Rhône-Alpes de gérontologie psychanalytique (ARAGP[1]) organisa en 1993 une journée d'étude sur le thème « Le travail du vieillir… enrichissement ou appauvrissement » et interpella la psychanalyste D. Quinodoz qui, d'emblée, souligna que s'il y a une dimension passive au vieillir (cela s'impose à chacun) il peut aussi y avoir une dimension active dans ce que chacun fait de ce vieillir, dans son appropriation (ou non) subjective. Ce terme de « travail » en lien avec le psychique est présent chez S. Freud en plusieurs occurrences : travail du rêve, travail de deuil, travail de la mélancolie. « Le travail de vieillir nécessite de quitter en pensée, au moins à certains moments, le plan linéaire de la répétition événementielle du quotidien pour prendre distance et considérer la totalité de sa propre histoire telle que chacun la reconstruit pour soi-même. C'est cela que j'appelle reconstituer sa propre histoire et que je considère comme un aspect essentiel du travail du vieillir », écrit D. Quinodoz. Trouver une cohérence à sa vie dans une relecture, dans la recherche d'une nouvelle synthèse du moi (qui, en référence à C. Balier, mobilise nécessairement la confrontation à l'idéal du moi), nécessite une véritable confrontation au temps qui passe, donc un renoncement (au moins partiel) au fantasme d'infini et à celui d'éternité. Pour cette auteure, le premier renvoie à un temps monotone qui semble sans fin tandis que le second relève de « se mettre en dehors du temps » en un mouvement de regard sur l'ensemble de sa vie. Le premier est mortifère, il manifeste un désinvestissement certain du présent dans l'évitement de tout changement ; le second participe à un véritable travail psychique avec alternance de positions entre « se mettre en dehors du temps » et / afin de vivre au présent.

Le travail du vieillir participe du bilan et de la relecture de vie comme tentative de mise en cohérence. Il n'est donc pas identifiable au travail de deuil même s'il en reprend certains aspects dans

1. On peut consulter le site internet de cette association : les actes des journées y sont en ligne.

la mesure où il doit aussi permettre de « garder sur un plan psychique ce qui a été perdu concrètement » mais aussi de conserver une certaine créativité dans cette dernière partie de la vie, ce qui se situe bien loin des approches du vieillissement uniquement en termes de déficit. Ultérieurement, en 2006, D. Quinodoz, dans la lignée de E. Jaques (cf. p. 44), met en lien ce travail du vieillir avec la réélaboration de la position dépressive et avec la recherche du sens de la vie, question typique de la position dépressive. À sa manière elle relance et approfondit donc les propositions de C. Balier dans la mesure où la question du sens de la vie a nécessairement maille à partir avec la question du narcissisme : penser que sa vie a un sens participe à l'estime que le moi peut se porter à lui-même.

Nous retrouverons cette dimension du travail du vieillir dans le chapitre suivant consacré à repérer les processus à l'œuvre dans le vieillissement, ce qui est une manière de s'inscrire dans une approche dynamique : en effet la vieillesse n'est pas un état atteint une fois pour toutes, mais un état fait de crises et de stabilités, qui évolue jusqu'à la mort.

Ce petit tour des auteurs et des paradigmes privilégiés est bien sûr incomplet. Manquent à l'appel C. Herfray, M. Mannoni, P.-M. Charazac, H. Danon-Boileau, F. Quartier-Frings, F. Vila, B. Verdon… dont nous solliciterons les travaux dans certains de nos développements ultérieurs. Sans parler de ceux qui ont spécifiquement centré leurs travaux sur la clinique des déments pour lesquels il en ira de même. Cependant notre propos n'est pas de faire un inventaire exhaustif mais bien de repérer les principaux paradigmes et concepts qui ont été mobilisés par les psychanalystes pour se saisir de la question du vieillissement.

Chapitre 3

Le vieillissement, entre crises et processus tout au long de la vie

Si donc la vieillesse est un état, c'est un état instable, « entre inachèvement et accomplissement » (B. Verdon), entre vie et mort, entre actuel et remémoré… Cette instabilité est le plus souvent ponctuée de paliers, de phases de stabilité plus ou moins longues. Crises et stabilité sont liées tant à des événements externes qu'à des avènements et à des événements internes. Il paraît dès lors utile, après avoir présenté un modèle crisal de la vie, de nous arrêter sur les plus classiques de ces crises.

Dans *Crise, rupture et dépassement*, R. Kaës et ses coauteurs développent un modèle de la crise particulièrement fécond. Ils articulent la crise et les cadres (J. Bleger). Une crise est une désorganisation d'un équilibre antérieurement acquis. Soit ce niveau parvient à contenir la crise et il participe à l'élaborer, à inventer une solution qui est aussi un nouvel état d'équilibre ; soit il n'y parvient pas et

un niveau supérieur, contenant, est sollicité. Ainsi, un sujet en crise peut soit s'en sortir tout seul, soit solliciter un niveau plus large, dans lequel le niveau du sujet est emboîté : la famille, le groupe professionnel ou amical, ou élargir encore en recourant à un thérapeute, à une institution de soin ou d'accueil… Pour autant, le recours à un niveau supérieur ne suffit pas en soi car celui-ci peut être envahi et désorganisé par la crise du sujet et/ou de la famille donc ne pas être à même de la traiter. Le sujet qui se démentifie peut faire appel à la famille, celle-ci peut alors elle-même être envahie par l'angoisse et participer à accroître la crise du sujet plutôt que la contenir. De même, dans certaines situations, les cadres institutionnels soignants peuvent être envahis par l'angoisse et réagir soit du côté de la dépression, soit du côté de l'agir. Le recours à des groupes d'élaboration ou d'analyse de la pratique pour les professionnels s'inscrit dans cette logique en proposant un cadre contenant le cadre antérieur et facilitant l'élaboration.

1. Une conception en termes de crise et d'équilibre : E. Erikson

En France, E. Erikson est surtout connu pour ses travaux sur l'adolescence, or son approche est beaucoup plus large puisque, s'appuyant sur la psychanalyse mais s'en éloignant quelque peu pour un modèle plus développemental et écologique qui intègre mouvements internes et réalité psychosociale, il a théorisé toutes les étapes de la vie humaine. « Chaque stade est centré sur un enjeu développemental entre le self et le monde social[1]. » Pour lui, la vie est composée de huit stades : l'entrée dans chacun se fait dans une crise, dans la tension entre deux polarités. Soit cette tension dialectique se résout dans l'accès à un nouvel équilibre grâce à une tendance adaptative,

1. R. Houde (1991).

soit elle perdure dans l'installation d'une tendance mésadaptative ou inadaptative qui peuvent déboucher sur des pathologies.

En ce qui concerne le vieillissement, qui est pour E. Erikson le processus de toute une vie, il dégage « l'âge adulte » ou « maturité » (schématiquement de 40 à 65 ans) et « la vieillesse » (au-delà de 65 ans). À l'âge adulte, le couple antagoniste est générativité/stagnation, conduisant dans les cas favorables à la sollicitude. Les cas défavorables correspondent toujours pour lui à l'échec de la dialectique des deux pôles, donc à l'exagération de l'un des deux qui n'est plus pondéré par l'autre. L'exagération de la générativité conduit à la sursollicitude tandis que celle de la stagnation conduit à la « réjectivité » (ne pas se soucier de se soucier des autres). La générativité est en lien avec la question de la transmission, dans la famille comme en dehors de celle-ci, mais aussi avec la créativité. La générativité renvoie à la capacité de générer quelque chose dans les générations ultérieures en s'intéressant à elles, en transmettant de manière ouverte, sans enjeu narcissique ou d'accaparement. Ce peut être la transmission de biens, de savoirs, d'objets d'investissements… La stagnation renvoie, elle, à la continuité, au fait de vouloir demeurer le même. À chaque étape, il y a un enjeu de cet ordre, entre changer et demeurer le même. Ici la question pourrait être : comment demeurer soi-même en changeant et en prenant en compte les impératifs de différents ordres liés au processus de vieillissement ? Le risque est donc soit de renoncer à soi-même en se tournant totalement vers l'autre, soit de se fermer à l'autre dans le refus de tout changement.

Pour la vieillesse, le couple d'antagonistes est intégrité/désespoir, débouchant, dans les cas favorables, sur la sagesse. L'excès de l'intégrité conduit à la présomption, celui du désespoir au dédain, ce qui montre bien l'importance alors des enjeux narcissiques, ainsi que nous l'avons vu avec différents auteurs, qui peuvent conduire à la fermeture au monde mais aussi à des mouvements d'envie et de haine vis-à-vis des générations plus jeunes. Pour E. Erikson, l'intégrité correspond au « sentiment d'être "cohérent et entier", sentiment qui

peut être menacé par les pertes corporelles, cognitives, objectales et sociales [cf. le chapitre suivant] et qui est en lien avec le bilan de vie ». Le désespoir s'inscrit dans la dynamique d'un bilan de vie négatif qui conduirait à ne plus pouvoir donner de sens à sa propre vie. Pourtant ce désespoir, s'il reste dialectisé avec l'intégrité, ouvre sur un regard sur sa vie qui prend en compte les pertes et la perspective de la mort. La non-dialectalisation, quant à elle, conduit à des mouvements de mépris et d'envie envers les plus jeunes : en témoignent toutes les critiques des jeunes par les âgés, l'idée que « de leur temps » on n'était pas comme cela…

L'intérêt du modèle proposé par E. Erikson (et poursuivi par de nombreux auteurs, surtout nord-américains[1]) est d'inscrire le processus du vieillissement tout au long de la vie et de le penser dans la dynamique de la tension entre différents pôles. De plus, il ressort que la manière dont on aborde chaque crise dépend de la suffisante, ou non, résolution des crises antérieures, ce que nous allons plus spécifiquement développer à partir des travaux du psychanalyste anglais kleinien E. Jaques.

2. La crise du milieu de la vie

Dans son article original de 1963 intitulé « Mort et crise du milieu de la vie », E. Jaques apporte une contribution importante à ce qui peut être considéré comme un avant-coup du vieillissement proprement dit et de sa ou ses crises.

Le titre dit très explicitement l'enjeu : lors de la crise du milieu de la vie, le sujet fait la rencontre avec sa propre mortalité, il est confronté au fait que la mort n'est pas externe (qu'elle vienne du dehors ou qu'elle y soit projetée) mais qu'elle est en lui, qu'elle fait son travail en lui, ce qui suscitera des réactions différentes, de la

1. *Ibid.*

dépression au recours à des défenses massives en passant par l'élaboration.

La crise du milieu de la vie est moins liée à un critère d'âge (qu'E. Jaques situe autour de la quarantaine) qu'à un vécu subjectif de celui-ci tant du fait d'événements actuels que d'identifications familiales, de croyances…

Le sentiment d'atteindre le milieu de sa vie ne repose guère, du point de vue du sujet, sur les données statistiques de l'espérance de vie mais sur d'autres facteurs.

En premier lieu, la dimension intergénérationnelle. L'adulte du mitan (comme disent les Québécois) est confronté à la fois à son vieillissement propre, tel que son corps lui en donne certains indices, à celui de ses parents (retraite, dépendance, parfois mort), à celui de ses enfants devenant adolescents ou jeunes adultes quittant le nid ou encore au fait qu'il n'a pas (encore) d'enfants et que, en particulier pour les femmes avec la perspective de la ménopause, quelque chose d'irréversible se profile (cf. le chapitre suivant).

De plus, chacun a une croyance quant à la durée de sa propre vie. Cette croyance est largement alimentée par les identifications aux parents, grands-parents, selon qu'ils sont vivants ou morts et selon leur âge de décès. Certains font partie de famille de cardiaques où l'on meurt tôt quand d'autres font partie de familles de centenaires. Certains aussi accordent de l'importance à des signes annonciateurs : lignes de la main, activité divinatoire telle que les tarots, la boule de cristal… Dès lors, ils abordent ce qu'ils considèrent comme le milieu de leur vie à partir de cela, de manière précoce ou tardive.

Pour E. Jaques, la jeunesse de l'âge adulte est caractérisée par la défense maniaque : le temps semble ne pas exister, ce qui n'est pas possible un jour le sera le lendemain ou le surlendemain, l'activité permet de ne pas penser à la mort ou au vieillissement. Cette période (E. Jaques travaille en particulier sur le vieillissement des créateurs) se caractérise par une créativité brûlante, jaillissante, qui ne supporte guère le repentir et fonctionne en tout ou rien (bon/

mauvais, à garder/à détruire). Au moment du milieu de la vie, qui peut être étalé, les divers indices présentés plus haut viennent rappeler au sujet qu'il est inscrit dans le temps et que celui-ci n'est pas infini. Dès lors, le sujet va être confronté au travail de la mort non seulement autour de lui mais en lui, en même temps qu'il va effectuer un travail en lien avec son idéal du moi : qu'en est-il de ses idéaux, les a-t-il (suffisamment) atteints ? Sont-ils toujours les mêmes ou va-t-il les réaménager, que ce soit dans le fonctionnement psychique propre, dans la vie amoureuse, familiale ou professionnelle ? Nous allons y revenir après avoir signalé qu'avec la crise du milieu de la vie la créativité devient « sculptée » (à moins qu'elle ne cesse), c'est-à-dire qu'elle intègre la dimension du temps dans un travail de reprise dans la durée.

Lorsque le sujet rencontre des indicateurs de son vieillissement, plusieurs réactions (qui peuvent s'articuler entre elles) sont possibles :

– le déni (ce n'est pas moi qui change mais le monde et les autres) et la poursuite ou la relance des défenses maniaques en particulier par un surinvestissement de la performance qu'elle soit professionnelle, sportive, de séduction, sexuelle… ;

– la dépression (à l'autre extrémité) avec le sentiment que la vie n'a pas ou plus de sens, que ce qui a précédé ne vaut rien ou que, changeant, on ne vaut plus rien. Alors les investissements s'effondrent ou deviennent impossibles. La période du milieu de la vie donne lieu à de nombreuses premières décompensations dépressives. Bien entendu celles-ci ne sont pas une fatalité et demandent une intervention thérapeutique ;

– un travail de bilan de vie. Les idéaux du moi sont repris d'une part quant à leur réalisation suffisante ou non, d'autre part quant à leur adéquation aux besoins du moi qui renonce (certes toujours plus ou moins partiellement) aux défenses maniaques. Ceci conduit souvent à des réaménagements partiels dans la vie et les investissements, que ce soit sur le plan familial (divorce, réaménagement du couple en particulier s'il est confronté au départ des enfants), professionnel

(réorientation, formation ou reprise d'études…), des investissements amicaux ou de loisirs…

Ainsi, pour E. Jaques, la crise du milieu de la vie est une occasion pour chacun de réélaborer la position dépressive, sachant qu'elle le fut éventuellement déjà au moment d'acmé des enjeux œdipiens, à celui de l'adolescence, et qu'elle le sera encore (dans les meilleurs des cas) lors des crises ultérieures du vieillissement. Il ressort[1] que la manière dont est traitée cette crise se retrouve, comme difficulté ou comme soutien, lors des crises de la vieillesse, en particulier parce que ce qui n'a pas été traité, a fait l'objet de clivages, de dénis, revient en force, potentialisé par les nouveaux enjeux.

Cette crise du milieu de la vie peut être articulée à la ménopause, comme perspective ou comme réalité actuelle.

3. La ménopause et le différentiel sexuel

Comme bien souvent, ainsi que les études sur le genre le soulignent, la dimension sexuée de la problématique (ici le vieillissement) est occultée, voire pensée en quelque sorte au neutre ou sous le primat d'un des deux sexes (généralement le masculin). Or, ainsi que R. Kaës (1988) y insista, la crise du milieu de la vie ne se vit pas de la même manière au féminin et au masculin, il existe un vieillissement différentiel selon les genres tant pour des raisons biologiques que sociales et psychiques, cette dernière témoignant du travail de reprise (ou d'échec de la reprise) des deux premières.

La crise du milieu de la vie, si elle réactualise tout particulièrement les enjeux liés à la position dépressive, n'en sollicite pas moins ceux liés à la problématique œdipienne, en particulier quant aux angoisses de castration. La crise du milieu de la vie s'inscrit dans

1. Cf. le gros travail de L. Millet.

une perspective différente pour les hommes et pour les femmes dans la mesure où la ménopause se profile à l'horizon pour celles-ci. L'andropause est évoquée mais elle ne s'inscrit pas dans la même logique : en effet il n'y a pas chez l'homme, sauf maladie ou accident, d'arrêt net de la fécondité. Si la concentration des spermatozoïdes baisse, cela n'est pas perceptible par le sujet et, de surcroît, n'entraîne pas une stérilité. Pour les femmes, la ménopause est directement perceptible par l'arrêt des règles, plus ou moins étalé dans le temps, et son cortège de signes secondaires. Elle organise un avant et un après (dynamique que l'on retrouve souvent, dans un mouvement de clivage, au cours du vieillissement). La ménopause donne à la femme un signe objectif de son vieillissement, s'inscrivant dans une logique inverse de celle de la puberté à l'adolescence et posant à la femme la question du deuil de sa fécondité biologique, quand bien même, dans ses choix de vie, elle avait renoncé depuis un moment à une nouvelle grossesse. Jusqu'alors la femme décidait de la manière dont elle traitait une potentialité (la grossesse), dès lors elle est confrontée à un impossible, ce qui nécessite un travail de deuil d'une certaine représentation de soi, de certains investissements. M. Gueydan souligne que la ménopause conduit la femme à repenser son identité féminine. Bien souvent, elle avait jusqu'alors défini l'être femme par l'être mère. Elle propose que la ménopause soit une occasion pour la femme de passer d'une définition d'elle-même en terme de procréation à une définition en terme de création, dans un nouvel investissement de la sublimation. Cette création peut s'entendre au sens de la créativité quant à cette propre vie. Elle ne doit cependant pas occulter que bien des femmes traitent plutôt la question par le déplacement, définissant dès lors l'être femme par la grand-maternité.

D'autre part, la ménopause vient aussi réinterroger la sexualité : celle-ci perd son alibi de la procréation et est en quelque sorte renvoyée à elle-même comme recherche de plaisir dans une relation amoureuse. Dans la clinique, plusieurs patientes récemment ménopausées m'ont questionné sur la légitimité de leur sexualité dès lors

qu'elles ne bénéficiaient plus du prétexte de la fécondité. Ceci est d'autant plus net que les femmes contemporaines ont pu avoir une sexualité épanouie du fait des méthodes contraceptives là où les plus anciennes ont souvent vécu la sexualité dans l'angoisse d'une nouvelle grossesse. En somme, la ménopause remet sur le métier le rapport de chacune à son propre corps ainsi qu'au désir : au désir vécu comme au désir suscité. En effet, la ménopause n'interpelle pas que la femme mais aussi son conjoint. La différence des destins de la fécondité peut mobiliser des enjeux d'envie de la femme vis-à-vis de l'homme qui, dans certains cas, trouvera une compagne plus jeune alors que dans l'autre il mènera lui aussi un travail de deuil de sa propre fécondité (ne plus avoir d'enfants) dans son couple.

En outre, il n'est pas rare que l'âge d'entrée dans la ménopause coïncide avec celui de la fécondité des enfants et donc à l'accès au statut grand-parental pour la femme[1] comme pour l'homme. Selon les dynamiques psychiques propres mais aussi familiales, cela peut, pour la femme, déboucher, ainsi qu'évoqué plus haut, sur un déplacement de l'investissement sur le petit-enfant mais aussi, le cas échéant, sur de la rivalité ou des mouvements d'emprise.

4. Crise et travail du vieillir

La crise du milieu de la vie comme la ménopause, ainsi parfois que d'autres événements tels que la maladie, un accident, le décès d'un parent, etc., montrent que le vieillissement ne commence pas à la retraite ou lors de l'apparition de difficultés somatiques ou cognitives mais qu'il est un processus au long cours, que celui-ci soit dénié ou perçu et élaboré par le sujet. Ces crises forment un avant-coup des crises de la vieillesse. En effet, ainsi que cela sera développé dans le chapitre suivant, il n'y a pas « une » mais « des » crises

1. Cf. le passionnant travail de S. Bouchet sur la transmission féminine à l'occasion du premier accouchement de la fille.

du vieillissement, provoquées tant par des facteurs corporels (biologiques), que sociaux (la retraite) ou familiaux (grand-parentalité, veuvage, pertes, etc.). Toute crise, sauf à s'installer, à s'organiser le cas échéant sur le mode de la pathologie, débouche sur des processus de transformation, d'élaboration qui participent au « travail du vieillir ».

Chapitre 4

Les organisateurs du vieillissement

Ce chapitre, dans la continuité du précédent, va repérer les champs de la vie des sujets vieillissants dans lesquels des crises peuvent advenir mais aussi de nouveaux équilibres être créés. Nous distinguerons ce qui relève du corps, du social, ces deux étayages majeurs de l'appareil psychique, avant de nous arrêter sur ce qui est particulièrement mobilisé au sein de celui-ci. Cette partie se terminera sur les enjeux liés à la mort dans ce processus de vieillissement.

Le processus du vieillissement suit différents rythmes pour un même sujet, selon qu'il s'agisse du corps (et des différentes parties, fonctions de celui-ci), de ses objets, du social, ce que signifie S. Lebovici (2002) lorsqu'il affirme que l'on vieillit « en pièces détachées ». Cette formulation dit la polyrythmicité du vieillissement pour un sujet mais aussi le risque de la désintégration, la mise en difficulté de la fonction de synthèse du moi ainsi que le recours défensif à la partialisation, à la fragmentation, aux clivages du corps et du moi à des fins de préservation. En outre, ces différentes dimensions ne sont pas indépendantes les unes des autres : elles interagissent. Une atteinte somatique peut être

cause d'une altération ou d'une modification dans les relations objectales (surinvestissement ou désinvestissement en particulier, pour des raisons pragmatiques ou narcissiques), d'une modification psychique (angoisse, dépression, etc.). Cette même atteinte somatique peut à l'inverse découler d'une perte sociale (la retraite, un déménagement, etc.) ou d'une modification psychique qui ne trouve pas forcément sa source dans la réalité externe mais dans un travail psychique interne en fonction des idéaux, des identifications, des angoisses, des fantasmes et des défenses. Cependant, même s'il y a effectivement résonance des différents champs les uns sur les autres, il n'en demeure pas moins un écart entre eux, que le sujet peut tenter de réduire (dans un travail de reprise du corporel ou du social par le psychique) ou au contraire tenter de nier par la mise en place de dénis et de clivages.

1. Le vieillissement du corps : image du corps et corps vécu. De la ride à la chute…

Le corps de la personne âgée, comme tout corps, est un corps en changement, avec cette spécificité que la transformation est surtout connotée négativement et vécue dans le registre de la perte (ainsi que nous l'avons vu dans la partie sur les représentations sociales). Au cours de ce développement, nous distinguerons, pour les tenir en tension, corps esthétique, corps fonctionnel, organique et corps érogène, érotique, ce dernier risquant d'être occulté par les deux autres et de faire retour en particulier dans la dimension de l'hypocondrie, de la plainte corporelle.

Le corps donne de nombreux signes du processus de vieillissement. Comme tous signes, ceux-ci demandent d'une part à être pris en compte, d'autre part à être interprétés. La clinique montre que

ces deux registres sont traversés par de la conflictualité psychique, des résistances, que le processus est tout sauf linéaire. Le plus souvent, les signes sont déniés et compensés tant que cela est possible. Dans un second temps (les signes perdurant malgré tout), ils sont pris en compte mais interprétés de multiples manières. Avant de développer les deux registres du corps en lien avec le narcissisme (le corps vu et le corps vécu, éprouvé), arrêtons-nous sur une brève situation clinique.

Mme Clémence a pris rendez-vous au CMP (centre médico-psychologique) car elle se fait du souci. Elle m'explique qu'elle a choisi de rencontrer un psychologue car sa petite-fille en a rencontré un quelque temps et que cela l'a beaucoup aidée. Mme Clémence, à laquelle je donne environ 70 ans, me dit qu'elle est inquiète car elle fait de moins en moins de choses : elle ne fait plus que la moitié de son jardin (ce qui fait tout de même quatre cents mètres carrés à bêcher, planter, arroser…), ne va plus au village à pied faire ses courses qu'un jour sur deux ou trois (le village est à deux kilomètres). Je pense à un mouvement dépressif qui n'apparaît pas dans le discours puis, pris d'un doute, demande à Mme Clémence son âge. J'apprends avec surprise qu'elle a 82 ans ! Elle ne les « fait certes pas » et en dénie les conséquences. Le travail que nous mènerons ensemble lui permettra de prendre conscience de son âge et du fait que son vieillissement corporel, tout à fait normal, entraîne une plus grande fatigabilité que lorsqu'elle était plus jeune. Petit à petit elle se renarcissise, disant que bien souvent ses amies l'envient de faire encore tout ce qu'elle fait seule. Ainsi Mme Clémence avait bien repéré le signe « baisse de l'activité » mais elle l'interprétait en occultant totalement son âge : elle ne se voyait pas vieillir tout en sentant des signes dans son corps dont elle refusait le lien au vieillissement. Mais sans doute avait-elle aussi perçu qu'en voulant maintenir ses activités, elle participait à éviter un mouvement dépressif lié à la prise en compte de son vieillissement.

1.1 Le vieillissement corporel visible

Cette dimension est généralement la première à laquelle on pense lorsque l'on évoque le vieillissement : la vue prime, pour le sujet comme pour les autres. Ceci concerne donc un « narcissisme d'enveloppe ».

À un premier niveau, le vieillissement du corps visible mobilise des enjeux narcissiques pris dans une relation de séduction. Chacun cherche dans le regard de l'autre la confirmation de sa valeur esthétique. Si l'on insiste sur le fait que le corps vieillissant est moins séduisant, au regard des critères esthétiques de notre époque et de bien d'autres, il ne faut pour autant pas occulter le fait que la relation à son propre corps a pu être décevante bien avant la vieillesse, que celle-ci vient à la fin de toute une histoire. On en trouvera une très intéressante et vivante illustration dans le beau roman de D. Pennac (2012), *Journal d'un corps*. Pour autant, il arrive souvent que les difficultés antérieures soient refoulées et que la problématique soit focalisée sur le vieillissement. Sans doute la première difficulté tient-elle à ce que la peau qui se ride, se tache, les cheveux qui tombent… sont des signes du vieillissement visibles par les autres. Du coup, nombre de techniques contemporaines visent à faire disparaître ces signes (crèmes, chirurgie esthétique, implants, etc.) dans la logique de la pensée magique : si le signe disparaît, le vieillissement aussi et sans doute, derrière celui-ci, la mort.

Mais le vieillissement visible mobilise aussi des enjeux plus archaïques, en écho à ce premier miroir que fut la mère (D. W. Winnicott) : que lit le sujet vieillissant dans le regard de l'autre, non plus dans le registre de la séduction mais dans celui de l'être ? Il risque d'y lire du dégoût, du rejet, la mort peut-être, la crainte en tout cas : crainte de la contamination, crainte d'être pareil un jour. Dans les établissements gériatriques, mais aussi dans la vie courante, ceci peut passer par un évitement, voire un refus, du contact physique, comme si la vieillesse était contagieuse.

1.2 Le vieillissement corporel vécu

En dehors des pathologies avérées, le corps se transforme lentement ; il est alors moins soumis à des traumas violents, si souvent pensés en termes de ruptures, qu'à « la basse continue des petites misères » (H. Danon-Boileau). Ceci est source d'incompréhension entre l'âgé et ceux qui partagent sa vie ou s'occupent de lui. Si, du dehors, les soignants donnent plus ou moins son âge au patient, celui-ci, du dedans, ne coïncide pas toujours avec cet âge : alors qu'à certains moments il a bien conscience de son âge, en particulier lors de dysfonctionnements, à d'autres il vit avec un corps sans âge, ou plutôt d'un autre âge voire, selon les moments, d'autres âges, ce qui est vrai à toutes les périodes de la vie. Ainsi, à titre d'exemple, de ces âgés qui font des choses « risquées » physiquement mais ne s'en posent pas la question car ils ont toujours fait ainsi.

Le vieillissement du corps vécu apparaît schématiquement de deux manières dans la vie du sujet : soit de manière lente, soit de manière brutale, le plus souvent un accident ou une maladie. Cependant, même dans le premier cas, les âgés construisent souvent un récit avec une rupture : « Un jour, je me suis rendu compte que… », structurant la temporalité par le clivage entre un avant et un après, au risque de l'idéalisation de l'avant et de la négativation de l'après. Le corps vieillit de manières différentes selon les organes, les fonctions… Nous allons nous y arrêter après avoir souligné que ce qui est en jeu est en particulier la manière dont chacun aura investi tel organe, telle fonction. Ainsi le vieillissement touche-t-il le sommeil tôt : on ne récupère pas d'une nuit blanche à 40 ans comme à 20. De même pour la digestion, la force musculaire… Mais ce vieillissement touche aussi les différents canaux de la sensorialité, de la perception, donc de la relation au monde et aux autres : que l'on pense à la presbytie, à la presbyacousie… (*presby* veut dire « ancien », « vieux » en grec), à la baisse de la sensibilité tactile… Comment ces difficultés sont-elles traitées par le sujet vieillissant ? Comme venant

de lui ou, projectivement, comme venant du monde, au risque d'une interprétation persécutoire (les autres font exprès de parler bas, ils font des cachotteries…).

La phrase de H. Danon-Boileau citée plus haut signifie aussi que le vieillissement touche quelque chose de la familiarité du sujet à son propre corps. Ce qui, dans les meilleurs des cas, était muet jusqu'alors devient bruyant : telle articulation, tel muscle… mille petites choses qui demandent au sujet de se familiariser avec ces évolutions de son corps, à apprendre à se comporter un peu différemment, ce qui est très agaçant pour certains qui ont une conception essentiellement fonctionnelle de leur corps qui doit essentiellement être l'instrument permettant la réalisation de leurs désirs et volontés. Cette phrase dit aussi, au fond, comment un sujet peut reléguer les petites misères, les petites douleurs en arrière-fond ou au contraire les mettre au premier plan, généralement alors dans le registre d'une plainte adressée aux autres, accusés d'être impuissants et/ou jeunes. Elle dit aussi le risque de traiter le résultat du vieillissement non comme celui d'un processus naturel mais comme celui d'une maladie : la maladie de vieillir, ce qui laisse entière l'illusion d'une solution médicale au vieillissement normal.

Ainsi le vieillissement corporel donne-t-il une concrétude au temps et manifeste-t-il le travail qui se fait dans le corps, travail le plus souvent associé à la finitude humaine. Ce vieillissement a aussi une incidence sur l'investissement érotique du corps, le corps propre mais aussi le corps de l'autre dans la relation amoureuse.

1.3 Corps vieillissant et corps érotique

C. Dejours a développé, dans la logique d'une approche psychosomatique, le concept de subversion libidinale du corps : elle fait passer du corps organique, fonctionnel, du corps du besoin, au corps investi pulsionnellement, au corps libidinal. Ainsi les logiques du vivant (bio) sont-elles subverties par celles de la pulsionnalité, dans un

investissement érogène du corps. Au cours du vieillissement risque de se produire, à l'opposé, une subversion biologique ou, pour le moins, un effondrement de la subversion libidinale. Le corps organique, de par ses modifications, ses dysfonctionnements, ses douleurs… prend à nouveau le pas, au risque de l'écrasement du corps libidinal sur ce corps fonctionnel. Ceci aura des retentissements divers dans la vie du sujet. Ainsi de l'hypocondrie, dont il sera question dans le chapitre suivant, qu'elle soit très structurée ou qu'elle se manifeste comme plainte diffuse. Ainsi encore du désinvestissement libidinal de soi et de l'autre dans une logique génitale, ce qui va de pair avec la modification des moyens génitaux de satisfaire la pulsionnalité. Or ce désinvestissement, s'il n'est pas accompagné d'un réaménagement de la relation, peut entraîner des tensions dans le couple comme au sein de chaque sujet.

Ainsi ne s'agit-il jamais seulement du rapport du sujet à son propre corps mais aussi de ce corps dans la relation à l'autre : relation du point de vue perceptif, sensoriel mais aussi du point de vue érogène et érotique. Car si les moyens de satisfaire la pulsion évoluent avec l'âge, l'exigence de satisfaction de celle-ci ne baisse pas mais trouve éventuellement d'autres voies, d'autres aménagements.

2. Le vieillissement social : perte ou changement de statut ?

Là encore, les changements sont très liés à l'histoire de chaque sujet, à son inscription sociale tant sur le plan familial que sur le plan professionnel.

Nous ne reviendrons pas ici à ce qui a été abordé plus haut à propos de la parentalité, du départ des enfants de la maison et du passage au statut de grand-parent. Ceci concerne à la fois la sociabilité intrafamiliale, le regard des tiers à la famille et l'expérience singulière

de chacun tant sur le plan psychique que sur celui de la réalité : comment les grands-parents sont-ils ou non sollicités par leurs enfants dans ce rôle, comment ils y répondent… Il importe aussi de penser à ce que ces passages font vivre à ceux qui, pour diverses raisons, sont sans descendance.

Dans la famille, le sujet vieillissant ne perd pas, en général, de statut mais en acquiert de nouveaux qui auront une incidence sur la manière dont il occupe les anciens : il reste parent (mais parent d'adulte, ce qui mobilise un nécessaire travail de transformation des liens), devient aussi grand-parent, voire arrière-grand-parent, ce qui est un marqueur important de temporalité et, narcissiquement, de longévité.

Le changement social le plus important est sans doute celui de la retraite dont, selon les statuts, l'âge varie de 55 à 65 ans, certains pouvant la prendre plus tard s'ils le désirent ou en ont besoin pour des raisons matérielles. Si, le plus souvent, cette retraite est attendue comme un soulagement, la fin des contraintes liées au travail, il convient de bien entendre ces propos comme relevant du discours manifeste, du discours conscient. En effet, l'année qui suit la retraite, quel que soit l'âge auquel celle-ci est prise, est une année de surmorbidité (plus de maladie que dans l'ensemble de la classe d'âge) et de surmortalité (plus de décès que dans l'ensemble de la classe d'âge). C'est dire que le changement de statut entraîne une réelle déstabilisation psychosomatique pour les raisons suivantes liées à la fonction psychique moins du travail en tant que tel que de l'emploi qui donne un cadre social au travail, avec les différentes implications qui vont être développées au sein de ce chapitre. Il importe à ce sujet de souligner qu'actuellement en France à peine la moitié de la population active atteint l'âge de la retraite en activité, l'autre moitié étant au chômage (en particulier dans le secteur privé), en arrêt maladie de longue durée, en contrat de départ anticipé à la retraite … Il importe aussi de souligner qu'il serait intéressant d'étudier cela de plus près, en particulier sous l'angle de la carrière, celle des femmes, lorsqu'elles

ont eu un emploi, étant plus discontinue que celui des hommes, entre autres du fait des maternités.

Lorsqu'un sujet est à la retraite (qu'il la prenne, ce qui le met en position active, ou qu'il y soit mis, ce qui le met en position passive), il est souvent accompagné socialement *a minima* par un rituel d'adieu. Il existe aussi, dans certaines entreprises, des stages de préparation à la retraite[1] qui permettent un travail sur les représentations mais aussi un travail d'anticipation et de transmission d'informations tant sur les droits que sur la santé ou la prévention. La retraite révèle, par le négatif, les différentes fonctions psychiques du travail et de l'emploi et désigne donc le travail psychique que le sujet devra effectuer, seul et avec son environnement social et familial (J.-M. Talpin, 2017).

L'emploi a une fonction très importante d'organisation de la temporalité, tant à la journée, à la semaine, qu'à l'année. Quand bien même ceci peut être vécu comme une contrainte, c'est étayant de manière souvent impensée, dans la logique du cadre qui est muet parce qu'inconscient ainsi que le souligne J. Bleger à propos des cadres sociaux. À la retraite, le sujet va donc devoir réorganiser sa temporalité, à moins qu'il ne continue à vivre au rythme qui était le sien avant, ce qui n'économise pas la question de savoir comment occuper, c'est-à-dire investir, ce temps. Au début de la retraite, le sujet va profiter du temps libre mais ce temps libre peut devenir angoissant dès lors qu'il devient un temps vide.

En effet, et c'est la deuxième fonction psychique du travail, celui-ci fournit au sujet un objet d'investissement fixe, régulier. Il n'a pas à se demander chaque jour ce qu'il fera, ce qu'il investira : il ira travailler, quel que soit par ailleurs son rapport au travail. En ceci le travail est proche de la sublimation dans la mesure où il permet un investissement désexualisé quant au but et porteur de gratification sociale. À la retraite, le sujet devra se donner à lui-même de nouveaux objets

1. Dans lesquels des psychologues interviennent.

d'investissement, et ce d'autant plus qu'il aura plus investi le travail durant sa vie dite « active », qu'il n'aura pas eu d'investissements annexes (loisirs, engagements, etc.). Ainsi, le moment de la retraite, nous y reviendrons plus loin, comporte une potentialité dépressogène puisque, avec la perte de cet objet d'investissement qu'était le travail, elle peut venir questionner à nouveaux frais le sens de la vie.

Si dans les premiers temps de la retraite nombre de sujets savourent le temps libre et en profitent pour faire ce qu'ils n'avaient pas eu le temps de faire auparavant, dans les temps qui suivent, les sujets font l'expérience du temps que l'on sent passer, du temps qui dure. Il s'agit d'un temps de crise au sens défini plus haut. Certains amorcent alors un mouvement dépressif qui soit permettra une nouvelle élaboration de la position dépressive[1] et de nouveaux investissements, soit ouvrira sur un épisode pathologique appelant une prise en charge. D'autres éviteront ces mouvements dépressifs par des mouvements maniaques : ainsi de ces jeunes retraités hyperactifs, au risque de perdre le contact avec eux-mêmes, voire avec leurs proches. Bien souvent la problématique dépressive surgit lors d'un accident de vie, qu'il s'agisse d'un deuil ou, plus simplement, d'un empêchement, par exemple physique, à maintenir les défenses maniaques. La clinique montre que bien souvent, après un temps durant lequel le nouveau retraité multiplie les investissements, vient un temps durant lequel il fait un travail psychique de tri, de sélection de ses activités pour ne retenir que celles qui prennent véritablement sens pour lui, dans la logique de l'idéal du moi.

Le temps suivant, qui sera vécu comme faisant alors véritablement entrer dans la vieillesse, viendra lorsque le sujet ne pourra plus soutenir les activités ainsi investies : je pense par exemple au moment où certaines activités deviennent difficiles d'accès parce que le sujet renonce (de son propre chef ou après insistance de son environnement) à conduire, ce qui peut largement limiter ses déplacements, en

1. Dans la même logique que celle déjà présentée à propos de la crise du milieu de la vie.

particulier en milieu rural ou dans les petites villes. C'est alors que l'on parlera le plus souvent de « crise de la vieillesse ».

L'emploi a aussi, outre une fonction rémunératrice financière (certains sujets âgés ont de toutes petites retraites, cet élément de réalité a son importance), une fonction rémunératrice narcissique. En effet, avoir un emploi signifie que l'on a une place sociale, que l'on a été reconnu comme bon pour cet emploi. Les pathologies dépressives au chômage ou à la retraite le manifestent clairement *a contrario*. La retraite est assez fréquemment vécue comme une perte de place et d'utilité sociale, donc comme une perte de reconnaissance. L'investissement dans le bénévolat peut alors remplir une fonction psychique importante, de même que l'investissement vis-à-vis des petits-enfants, au prix d'un réaménagement des relations familiales. Dans la logique du travail de deuil dans sa dimension la plus narcissique, il s'agit donc bien pour le sujet non de renoncer mais d'opérer un déplacement de ses investissements narcissiques et narcissisants.

Enfin l'emploi a une importante dimension de sociabilité. En effet, chacun passe beaucoup de temps au travail et y crée de nombreux liens fonctionnels, amicaux et, parfois, amoureux. À la retraite, ces liens vont avoir tendance à disparaître, du moins lorsqu'ils n'ont pas donné lieu à des rencontres en dehors du cadre de travail. C'est donc toute une sociabilité, qui participe à la reconnaissance du sujet, qui le soutient dans son identité et est pourvoyeuse de gratifications narcissiques, qui est mise à mal. Encore une fois, ceci est d'autant plus vrai que l'emploi et le travail occupent une place centrale, essentielle, dans la vie du sujet. Les investissements à la retraite devront pouvoir fournir de nouvelles occasions de rencontres et de liens. Mais le sujet aura à s'en saisir, ce qui passe là encore par un travail de deuil, et souvent de désidéalisation, des relations professionnelles afin que le déplacement de l'investissement puisse avoir lieu. Une des difficultés souvent relatées par les jeunes retraités est qu'ils peinent à se reconnaître comme tels, car ils ne se sentent pas vieux. Il s'agit

donc alors d'effectuer tout à la fois un travail sur soi, sur son rapport à l'âge, et sur ses représentations de la vieillesse et du vieillissement.

Tous ces éléments nous conduisent à envisager un dernier point quant à la retraite. Lorsque le sujet vit en couple, la retraite de l'un, de l'autre ou des deux va modifier l'économie relationnelle et organisationnelle du couple, et ce plus encore lorsque la femme est demeurée au foyer. En effet, le couple a généralement construit un certain équilibre quant aux travaux ménagers, quant à la répartition de l'espace, quant au temps passé ensemble ou séparément… Or, à la retraite, du fait du temps devenu libre, il peut y avoir concurrence pour un certain nombre d'activités, ce qui peut être une source importante de conflits, les travaux de la maison ayant eux aussi une valeur identitaire, narcissique et idéale. De plus, le temps accru passé avec le conjoint va mettre à l'épreuve la capacité du couple à œuvrer ensemble mais aussi à se séparer sans que les séparations temporaires soient vécues comme des abandons ou des trahisons. Il arrive ainsi que des sujets manifestent de forts sentiments de jalousie lorsque leur conjoint les exclut d'activités partagées avec d'autres personnes. Le plus souvent, c'est la crainte de la solitude qui est en jeu, crainte antérieurement contenue par le cadre professionnel.

Ainsi la crise de la retraite demande de nombreux réaménagements tant dans les investissements que dans les liens à la famille mais aussi dans l'écoute de son propre corps au regard des changements de rythmes.

Les sujets devenant plus âgés, généralement après 80 ans, peuvent rencontrer des difficultés à maintenir les investissements mis en place lors de la retraite ou dans l'après-coup de celle-ci, ce qui renvoie à la crise de sénescence qui n'est pas forcément unique mais peut se répéter, se reprendre au fil du temps, des difficultés, des pertes… Dans les clubs du troisième âge, les plus jeunes ne sont pas toujours très tolérants vis-à-vis des plus âgés, sans doute parce qu'ils forment un miroir inquiétant et que peuvent être mobilisés entre eux, pouvant

être de deux générations différentes, transférentiellement, des enjeux liés aux histoires familiales.

Une première bascule, à la fois sociale et psychique, intervient lorsque l'âgé et ses proches recourent à des aides à domicile (repas, toilette, distribution de médicaments, etc.) pour des raisons de difficultés motrices, de difficultés psychiques ou cognitives, mais aussi, en particulier en milieu rural, pour des raisons d'éloignement géographique. Ces aides, qui mobilisent des enjeux psychiques relatifs à la dépendance, sont souvent difficiles à accepter par l'âgé.

Une seconde bascule intervient lorsque se pose la question de l'entrée du sujet âgé en institution gériatrique (nous ne rentrerons pas ici dans les détails des différents types d'hébergement) : en effet est en jeu à la fois le fait de quitter son domicile et celui d'aller dans un lieu de vie collectif dont le critère commun est l'âge avancé et la dépendance. Ceci constitue pour l'âgé une sorte d'assignation identitaire dans laquelle il refuse souvent de se reconnaître.

Pour conclure cette sous-partie, rappelons que si ces bascules concernent souvent les âgés que les psychologues sont appelés à rencontrer, la dépendance et l'entrée en institution ne concernent pas tous les âgés, tant s'en faut. Le pourcentage augmente certes avec l'âge mais il ne dépasse pas les 30 % pour les 90 ans et plus, ce qui signifie que sept personnes sur dix de 90 ans et plus vivent à leur domicile ou chez des proches, le plus souvent familiaux. La majorité des âgés ne termine pas sa vie en institution, et ce d'autant plus que les systèmes d'aide à domicile se sont développés, du portage de repas à l'hospitalisation à domicile, en passant par les accueils et les hôpitaux de jour.

3. Vieillissement psychique : identifications tardives, idéal du moi, pertes et deuil

Nous venons de l'étudier, le sujet se construit puis se soutient en appui sur le corps et sur le social, dimensions qui, toutes les deux, sont modifiées de diverses manières dans et par le vieillissement. Dès lors, la question est de savoir comment le sujet accueille (ou non) ces changements, ce qu'il en fait, ce qui revient à se pencher sur la dimension intrapsychique.

Le vieillissement est un processus psychique qui ne se termine qu'avec la mort, quels que soient parfois les efforts de certains sujets pour le bloquer, soit sur le mode du déni et/ou de la défense maniaque, soit sur celui des démences. Ce processus sera ici développé à partir des termes retenus dans le titre de cette sous-partie.

Nous l'avons souligné plus haut, la question de l'identité est centrale dans le vieillissement. Comment conserver une continuité entre celui que l'on fut et celui que l'on est, que l'on devient ? La réponse réside dans le travail de transformation que chacun est conduit à effectuer. Mais l'identité n'est jamais close, quel qu'effort que le sujet fasse en ce sens. Si le sujet construit son « être vieux » en appui sur ses identifications infantiles en fonction des vieux qu'il y avait dans son environnement, le processus identificatoire (J. Guillaumin) se poursuit tout au long de la vie, en fonction des questions auxquelles le sujet est confronté, en fonction de ses besoins psychiques aussi. Ainsi développe-t-il au fur et à mesure de son vieillissement une appétence identificatoire qui vient tout à la fois enrichir son moi et lui fournir des modèles avec lesquels aborder son propre vieillissement. Ces identifications portent sur les parents vieillissants mais aussi sur d'autres figures investies, sans parler, à un niveau préconscient, des

figures sociales investies qui alimentent souvent l'idéal du moi. Ces identifications peuvent soutenir le vieillissement mais elles peuvent aussi être source d'angoisse :

M. Maurice est hospitalisé à 75 ans suite à un état d'angoisse majeur qui a entraîné une confusion mentale. Il appelait plusieurs fois par nuit ses enfants au téléphone en disant qu'il allait mourir, qu'il était foutu, que tout le monde s'en moquait. Les enfants essayaient en vain de le rassurer et, épuisés, finirent par l'emmener aux urgences, ce qu'il vécut dans un premier temps comme la preuve qu'il était effectivement foutu. Rapidement, la confusion disparut mais M. Maurice maintenait qu'il allait mourir, que c'était obligé. Au cours des entretiens, à partir de cette formulation surprenante (« c'est obligé ») et du fait qu'il était objectivement en bonne santé, il associa sur le fait que ses deux parents étaient morts à 75 ans, à deux mois d'intervalle, son père se laissant mourir après la mort de sa mère d'un cancer. Un traitement médicamenteux et un suivi psychothérapique permirent à M. Maurice de se défaire de cette identification mortifère aliénante (constitutive d'une idée de destin) alimentée par la culpabilité œdipienne et par le fait que sa propre épouse était morte trois ans auparavant (d'un problème cardiaque) : là aussi la culpabilité était présente ainsi qu'en témoigna le fait qu'il pensait être un moins bon mari que son père puisqu'il survivait à son épouse, ce qui renvoie aussi à la question du dépassement de la culpabilité dans le travail de deuil.

Ces identifications, porteuses d'idéaux, peuvent aussi signer la faillite de certains de ceux-ci dès lors que l'évolution de la figure identificatoire entre en contradiction avec ce qui avait motivé l'identification. Ainsi par exemple de l'identification à une figure admirée dans l'enfance ou plus tard et qui, dans sa vieillesse, devient démente, ce qui est source d'angoisse et/ou de mouvements dépressifs. Cependant, les identifications ne suivent pas strictement les effets d'âge, et des sujets vieillissants peuvent trouver une relance dans l'identification à des sujets plus jeunes, ce qui les ouvre à de nouveaux champs d'investissement.

L'identité a à voir avec l'idéal, *via* l'identification de l'enfant aux idéaux parentaux, qui constitue l'idéal du moi. Lors des temps de bilan de vie (crise du milieu de la vie, crise de la vieillesse, mais aussi crises singulières dans l'histoire d'un sujet), le moi met en perspective ce qu'il a fait, ce qu'il est, ses liens aux objets avec cet idéal du moi. Nous avons vu que selon le bilan, lié en partie à la réalité, en partie aux exigences de l'idéal, le moi peut être enrichi ou au contraire appauvri narcissiquement, c'est-à-dire relancé ou au contraire arrêté dans une souffrance narcissique importante qui fait perdre au sujet toute valeur et à sa vie son sens.

Le sens de la vie, la solidité du moi sont aussi mis à l'épreuve des pertes : pertes corporelles (nous nous y arrêterons dans la partie suivante) et pertes objectales qui ont toujours une dimension narcissique. Ces pertes ne concernent pas seulement les objets d'amour proches mais aussi les objets investis à titre amical. Nous avons déjà souligné les effets douloureux de la perte des contemporains d'une même génération, le sujet risquant petit à petit de se retrouver dans un certain isolement et en difficulté pour investir des personnes des générations suivantes. De plus, dans le grand âge, les sujets sont frappés par la multiplication des pertes, ce qui fait parler de la « perte en trop » comme s'il y avait un effet cumulatif des différentes pertes jusqu'à un point auquel le moi ne parviendrait plus à mener un travail de deuil suffisant, en particulier en déplaçant les investissements sur les objets qui restent. Cette perte en trop ne doit cependant pas être seulement pensée dans une logique comptable ; la qualité de l'objet dont la perte entraîne la décompensation dépressive doit également être interrogée. En outre, cette perte condense sans doute sur elle, par déplacement, les pertes antérieures et surtout ce qui était demeuré en attente de traitement psychique et de symbolisation dans les pertes antérieures.

4. Vieillesse et famille (conjoint, enfants) : la question de la dépendance

Lorsque l'on parle du sujet âgé et de sa famille, il importe de savoir précisément de qui on parle : de ses parents (cela arrive) ? de sa fratrie ? de son conjoint ? de ses enfants ? de ses petits-enfants ?, etc. En effet chaque lien a sa spécificité et s'inscrit dans des configurations fantasmatiques originales. Ceci pose la question des dispositifs à privilégier, entre écoute du sujet, du couple ou de la famille[1].

À un premier niveau, les relations parents-enfants sont marquées par la survivance d'enjeux œdipiens masqués sous des rationalisations. Ainsi d'un enfant qui, dans un conflit conjugal entre ses parents âgés, prend le parti de l'un d'eux au point de souhaiter placer l'autre (vécu comme le mauvais parent qui, au fond, est séparé du parent aimé) et de prendre ce dernier à son domicile, parfois au risque de son propre couple.

E. Jones a développé, dans la logique œdipienne, le fantasme de renversement des générations : petit, l'enfant imagine que lorsqu'il sera grand ses parents deviendront petits (c'est bien ce que l'on entend dans la formule « retomber en enfance ») et qu'il pourra alors soit se venger (de l'un, de l'autre ou des deux), soit au contraire le(s) réparer en identification au(x) parent(s) aimant(s), maternant(s), protecteur(s). Lors de la vieillesse des parents, ce fantasme peut être d'autant plus agi que le parent devient dépendant, sur les plans moteur ou sensoriel mais surtout sur les plans cognitif et psychique. Alors, maintenir le parent dans la dépendance peut relever de la rétorsion, de la vengeance par rapport aux limites opposées par le parent à l'enfant qui les avait alors vécues comme injustes, comme

1. Sur ce point, je renvoie au livre dirigé par B. Verdon (2012), *Cliniques du sujet âgé…*, *op. cit.*

affirmation de la toute-puissance parentale opposée à ce qu'il vivait, lui, comme son impuissance (J.-M. Talpin, 2016).

Dans les familles, les relations avec le(s) parent(s) âgé(s) mobilisent aussi de nombreux enjeux psychiques au sein de la fratrie, réactivant en particulier la question de la rivalité fraternelle ou révélant des places assignées aux différents membres, dans la logique des fonctions phoriques décrites par R. Kaës : ainsi, dans la fratrie, un (c'est généralement une fille) sera désigné et se désignera pour s'occuper des parents âgés, devenant celui qui visite, repéré comme l'interlocuteur de référence par l'institution… En retour, ces conflits affectent les parents qui peuvent aussi y participer par leurs choix, leurs préférences…

À un second niveau, archaïque, les relations parents-enfants sont marquées d'enjeux liés à l'emprise mais aussi à la régression fusionnelle (P. Charazac, 1998). Cette dimension fusionnelle ou syncrétique (J. Bleger) constitue l'arrière-fond sur lequel s'effectue la différenciation des membres de la famille, tant en ce qui concerne les enfants et les parents que le couple parental. Or cette différenciation n'est pas acquise une fois pour toutes, elle demande un véritable travail psychique à chacun et au groupe pour être maintenue au gré des variations de la vie et des configurations familiales. Pourtant, quand l'ensemble familial est menacé, il a tendance à se replier sur un fonctionnement fusionnel, dans la dédifférenciation. Au risque – ainsi que le souligna P. Charazac à propos des familles dont un membre devient dément – de l'éjection brutale du dément vécu comme pouvant entraîner la famille dans la maladie et surtout dans la mort, ceci étant sous-tendu par un fantasme de mort collective. Ce type de situation montre qu'alors la séparation, faute d'avoir été élaborée psychiquement, est agie dans la réalité en rupture, arrachement, rejet. Ceci peut aussi se retrouver au sein du couple (J.-M. Talpin, C. Joubert). La séparation impossible psychiquement (car vécue comme porteuse de catastrophe, de mort psychique pour l'autre et pour soi) est agie : un des conjoints

s'arrange alors, sous couvert de maladie ou de dépendance, pour placer l'autre en institution.

Dans ces différentes configurations familiales, l'apparition de la dépendance du sujet âgé (que ce soit sur le plan moteur, sensoriel ou cognitif) vient mettre à jour la manière dont cette dépendance des uns vis-à-vis des autres avait été, plus ou moins, élaborée. L'écoute des enjeux psychiques se doit de mettre en tension la dépendance dans la réalité (besoin d'un autre pour effectuer un certain nombre de tâches : déplacement, gestion des papiers, de l'argent, etc.) et la manière dont celle-ci est investie psychiquement et est éventuellement envahie par une dépendance psychique, sans doute un temps plus ou moins tenue à distance mais toujours active. Cette dépendance est à entendre dans une logique transférentielle : Comment l'âgé a-t-il transféré toute sa vie une dépendance infantile sur son conjoint ? Comment transfère-t-il maintenant cette dépendance, afin de continuer à l'ignorer, sur ce même conjoint, sur ses enfants, sur des professionnels, tout ceci en rationalisant par la réalité… ?

Dans la pratique auprès des sujets âgés et de leur famille, un des bons indicateurs de la qualité des liens réside dans la manière dont l'ensemble familial est à même ou non d'accepter l'aide de personnes extérieures, en particulier des professionnels. Les familles les plus fusionnelles refusent généralement, au moins dans un premier temps, toute aide extérieure qui est vécue sur un mode persécutoire et/ou dévalorisant au regard de l'idéal familial renforcé de se sentir menacé par le vieillissement et la dépendance. Un travail psychique est alors nécessaire afin d'élaborer, ou pour le moins de contenir, ses angoisses. Le film de M. Haneke, *Amour*[1], en donne une très juste et dramatique illustration : *la femme d'un couple âgé est victime d'accidents vasculaires cérébraux : son mari veut tout prendre en charge, n'accepte une aide que trois fois par semaine. Il s'épuise à s'occuper de son épouse qui ne peut plus communiquer verbalement avec lui, en vient à la frapper*

1. Palme d'or au Festival de Cannes 2012.

puis, finalement, à la tuer. De nombreuses études montrent que le risque de maltraitance est d'autant plus élevé que le conjoint refuse toute aide, demeurant dans une relation d'emprise sur l'autre.

Les enjeux au sein du couple sont nombreux au cours du vieillissement, de la retraite (cf. plus haut) à l'éventuelle l'apparition de signes de dépendance, puis à la non moins éventuelle installation de la dépendance. S'y révèlent bien souvent les bases inconscientes du couple, les enjeux d'amour, de réparation, de dépendance affective anaclitique, de fusion, de haine qui avaient pu demeurer muets grâce à d'autres étayages, à des compensations… De plus, le couple est le lieu d'enjeux narcissiques importants, ce qui fait qu'il peut être très blessant de voir l'autre vieillir mais aussi de se voir vieillir dans le regard de l'autre. Enfin, la dépendance de l'un fait que, bien souvent, les relations du couple sont mises sous le regard de tiers : enfants, soignants. Ce regard agit comme une loupe, produit des effets grossissants et de dramatisation de la situation conjugale, et ce d'autant que cela réactive chez les plus jeunes des enjeux œdipiens inconscients. De plus, les âgés eux-mêmes peuvent utiliser ce regard des enfants pour les pousser à intervenir, à prendre parti. Ce qui est vu ou entendu par les enfants, comme par les professionnels, n'est pas une observation « naturelle » mais doit être pensé comme du donné à voir ou à entendre par l'âgé ou le couple.

Ainsi la famille (conjoint, enfants, petits-enfants, parfois neveux et nièces en l'absence de descendance directe) est tout à la fois un soutien, une source d'étayage, de solidarité[1] et un lieu de conflictualité, voire de conflits et de violence, et ce d'autant plus que cette famille refuse une aide extérieure, qu'elle soit psychique ou concrète, organisationnelle… Les crises de la vieillesse, comme tant d'autres tout au long de la vie, sont des révélateurs du latent du couple et de la famille. Une des particularités liées à l'apparition de la dépendance dans la vieillesse tient du fait qu'il est souvent tentant (et parfois

1. Cf. C. Attias-Donfut (1995).

nécessaire) d'intervenir dans la réalité, soit sous la forme d'introduction d'aides à domicile, soit sous celle de l'entrée de l'âgé dans une institution pour une durée courte ou moyenne (hospitalisation), ou pour un long séjour (maison de retraite, Ehpad…). Or cette intervention nécessite d'être pensée avec l'âgé (le principal intéressé) et pas uniquement par les professionnels ou la famille. C'est souvent une des fonctions du psychologue que de rappeler cela, de soutenir l'âgé – même dépendant ou dément – comme sujet, vivant et non mort psychiquement ou mort en puissance, ainsi que nous allons le développer dans la partie suivante.

5. Vieillesse et mort

Dans les représentations, la vieillesse est très fréquemment associée à la mort. Ainsi de la désignation des institutions gériatriques comme « mouroirs ». Dans la clinique, cela demande à être décliné. S'il ne fait pas de doute que chacun doive mourir tôt ou tard, dans la vieillesse, il ressort que c'est tard. Il apparaît aussi qu'il est rassurant pour les plus jeunes de localiser la mort dans la vieillesse, ce qui les en met temporairement à l'abri. Or si, statistiquement (mais l'inconscient n'a que faire des statistiques, des moyennes et des probabilités), les âgés ont plus de probabilité de mourir bientôt que les plus jeunes, ils ne se définissent pour autant pas uniquement dans cette proximité de la mort.

Définir l'âgé d'abord par la proximité de la mort relève de deux logiques. Lorsque ce sont les plus jeunes qui le définissent ainsi, nous retrouvons le mécanisme défensif d'éloignement de la mort, mais nous trouvons aussi des vœux de mort vis-à-vis de l'âgé pour des raisons de rivalité, d'envie, d'héritage, etc. Lorsque c'est l'âgé qui se définit ainsi, nous avons affaire à un mouvement dépressif qui se masque sous une apparente réalité. Il ne se vit plus que comme mort en puissance, ce qui relève d'une problématique dépressive qui fera l'objet d'un chapitre ultérieur.

Ainsi, le sujet âgé (et selon son âge de surcroît) a-t-il une moindre espérance de vie qu'un sujet plus jeune. Mais la question concerne surtout la manière dont il investit la vie, y compris dans la perspective de sa propre mort. Dans l'article « Passagèreté[1] », S. Freud distingue deux positions psychiques par rapport à la mort : soit elle est ce qui ruine la vie puisque de toute façon tout finira par mourir, soit elle est au contraire ce qui donne du goût, de la valeur à la vie puisque tout est temporaire et qu'il convient donc d'en profiter au présent. Dans la première position, la mort infiltre la vie au point de la détruire au présent ; dans la seconde, au contraire, la temporalité permet d'investir la vie en mettant la mort en perspective. Ceci questionne aussi sur la place de la mort dans la vie psychique, ici plus particulièrement dans celle des âgés.

La position de S. Freud est claire : l'inconscient ignore la mort propre et l'angoisse de mort est en dernière analyse celle de castration. La position de M. Klein et de ses continuateurs est au contraire de postuler l'existence d'une angoisse de mort (de néantisation) qui peut s'élaborer en différentes angoisses et, au plus abouti, en celle de castration. Cette seconde position nous paraît mieux correspondre à la clinique, en prenant cependant en compte qu'il existe souvent une forme de clivage : si une part du moi vit comme s'il était éternel, une autre vit en ayant conscience de cette mortalité alimentée tant par les transformations et éventuellement les difficultés corporelles et maladies que par les pertes répétées de personnes aimées.

La clinique des sujets âgés s'étend à cet égard sur un large spectre qui va du déni de la mort au sentiment de mort imminente. Dans le premier cas, on peut rencontrer une forme de triomphalisme chez certains grands vieillards : ainsi de M. Eugène qui, lors du premier entretien, se présenta en me disant que ses amis le surnommaient « trompe-la-mort », car il avait failli « y rester plusieurs fois » mais qu'il était toujours là. Nous sommes là dans une forme du fantasme

1. Aussi traduit par « Éphémère destinée », *Œuvres complètes*, XIII, Paris, PUF, 1988.

d'immortalité (G. Le Gouès). Dans le second cas, on va rencontrer des personnes qui se présentent comme étant en fin de vie, alors même que leur vie ne donne pas d'inquiétude sur le plan médical ; mais la perspective de la mort à venir envahit le présent au point qu'ils ne peuvent se projeter vivant dans le futur, ne serait-ce que proche. Les investissements semblent paralysés et la mort submerge en effet la vie psychique, au risque d'épisodes mélancoliques ou de syndrome de glissement. Entre les deux se rencontrent toutes les nuances, et en particulier l'oscillation, dans le discours et la vie psychique des âgés, entre les moments où domine le déni de la mort et les moments où celle-ci est présente dans la conscience et oriente les choix, les investissements du sujet.

Un débat intéressant entre M. de M'Uzan et H. Bianchi va permettre de reprendre la question sous un autre angle, dans l'opposition entre « travail de trépas » et « travail du vieillir ». M. de M'Uzan proposa, dans une étude célèbre, que les sujets en fin de vie mettaient en œuvre ce qu'il nomma le travail de trépas. Il s'agit d'un mouvement d'expansion narcissique qui intègre un « objet clé » hautement investi dans le « spectre du moi ». En d'autres termes, le sujet en fin de vie investit fortement un objet, mais il l'investit comme objet narcissique dans un mouvement de dédifférenciation, de fusion qui permet de retrouver face à la mort la sécurité des relations primaires. H. Bianchi de son côté propose que ce modèle est valable pour la population que vise M. de M'Uzan, à savoir les personnes qui meurent de maladie à l'âge adulte, mais qu'il en va autrement pour celles qui meurent âgées, ou du moins pour celles qui ont effectué un travail du vieillir, travail qu'il conçoit comme un travail de deuil du moi par lui-même dans une perspective oblative, dans un mouvement de renoncement apaisé. Cette proposition est intéressante car elle témoigne qu'il peut y avoir un travail psychique par rapport à la mort au cours du vieillissement. Elle est cependant discutable en ceci qu'elle semble constituer un idéal du bien vieillir et du bien mourir dans une logique de renoncement alors que, ainsi que le formula D. W. Winnicott, il

importe de « mourir vivant ». La clinique montre que la fin de vie des vieillards se décline sur un large spectre qui va du renoncement, de l'abandon paisible, à la mort révoltée ou angoissée par des sujets qui s'accrochent désespérément, au point parfois de ne pas sembler pouvoir mourir car ils ne parviennent pas à lâcher prise. Sans doute ces attitudes sont-elles majorées par les réponses de l'environnement familial et/ou professionnel, soit très affecté par la mort à venir soit, au contraire, parvenant à contenir ses affects, ses angoisses et ceux du vieillard (ce qui fait partie de la fonction psychique de l'objet clé tel que l'a décrit M. de M'Uzan).

À l'issue de cette première partie sur le vieillissement dans ses formes ordinaires, courantes, pour ne pas dire normales, il ressort que le sujet vieillissant a un important travail psychique à effectuer pour arriver vivant à la mort. C'est toute la question des compensations et des appuis qui permet à un sujet de ne pas, justement, décompenser psychiquement, point qui va être développé dans notre seconde partie consacrée aux psychopathologies dans le vieillissement.

PARTIE 2

Psychopathologie du vieillissement

Cette partie est essentiellement consacrée aux psychopathologies d'apparition tardive. Cependant, un chapitre portera sur le devenir dans la vieillesse des pathologies apparues dans l'enfance, l'adolescence ou à l'âge adulte car, dans la pratique, la question de leur prise en charge se pose souvent et a peu été théorisée.

Dans son remarquable article « Les âges de la vie et la psychopathologie », J. Rouart (1963) s'interrogeait sur l'âge privilégié d'apparition de certaines psychopathologies (ou formes psychopathologiques), sujet très rarement traité. Il proposait que cette apparition à un âge préférentiel tient à un écart irréductible alors que, précisément, le moi, dans sa dimension adaptative et régulatrice, a pour fonction de réduire l'écart entre la réalité et les « exigences de l'âge ». Ces exigences de l'âge renvoient à différentes dimensions :

– la première, psychosociale, se pose en termes de normes et de représentations sociales (ce qu'il convient d'avoir fait à un âge donné : avoir fondé une famille, avoir un emploi, etc.) telles qu'elles sont investies et transmises par les familles et les groupes (R. Kaës, 1989b) ;

– la deuxième concerne les identifications tardives aux parents vieillissants puis âgés (J. Guillaumin [1988] a bien souligné que le besoin d'identification dure toute la vie) ;

– la dernière repose sur ce qui a été projeté, idéalisé dans la vieillesse, qui peut à cet égard se révéler très décevante, en particulier dès lors que le corps ne répond plus, ou très mal, que le deuil de certaines fonctions soutenant l'autonomie ne peut se faire tant il y est question d'enjeux narcissiques.

Mais il convient aussi d'envisager les situations dans lesquelles les parents sont morts jeunes, déments…

En s'appuyant sur les propositions de J. Rouart et en anticipant ce qui va suivre, il ressort donc que la santé psychique est un équilibre qui évolue, qui passe par des crises et par la création de nouveaux équilibres… Lorsque le sujet n'y parvient pas seul et qu'il ne rencontre pas de soutien dans son entourage ou le refuse, apparaît une décompensation psychopathologique. Selon le moment et les enjeux majeurs de ce moment, cette psychopathologie prendra différentes formes déterminées par les angoisses dominantes, ainsi que les mécanismes de défenses mobilisables…

L'approche des pathologies d'apparition tardive (et dans la clinique, l'écoute de l'âgé) donne schématiquement lieu à deux grandes approches que je nommerai « approche historique/génétique » et « approche structurale ». En appui sur ces deux modèles, l'écoute consiste à entendre tout à la fois l'enfant dans le vieillard (c'est la dimension de l'infantile et de l'archaïque) et l'histoire, l'épaisseur de toute une vie, avec ce que ceci suppose de répétitions comme de transformations de l'infantile. Ces deux modèles renvoient au modèle temporel et au modèle structural. Je retiendrai pour le moment ce dernier terme car il a largement participé à l'histoire de la clinique psychanalytique, mais j'en questionnerai la pertinence. En effet, et ceci dès S. Freud, la notion de structure, issue de la cristallographie, renvoie à de l'inanimé, alors que celle d'organisation renvoie au vivant et comporte des potentialités évolutives, transformatrices.

Dans le modèle temporel, la dimension historique est le plus souvent rabattue sur le présent. L'apparition de la pathologie est principalement expliquée par l'âge, qu'il soit pensé en soi ou dans ses implications et ses effets sociaux, corporels ou encore psychiques. Un tel axe ne prend donc pas en compte la dimension structurale du psychisme. S'il permet de repérer les fonctionnements spécifiques à un sujet donné, à un âge donné, il comporte le risque d'en limiter la compréhension au facteur vieillissement et au présent. Or la

vieillesse peut servir de rationalisation efficace à bien des psychopathologies ou souffrances psychiques : à une agoraphobie, à un sentiment d'abandon ou de solitude. Quand bien même l'historique n'est pas rabattu sur le présent, cette approche pose néanmoins la question de la manière dont est pensée l'articulation des événements, d'une vie et d'un sujet. Ceci passe par une théorie de la mémoire et du sujet, par un questionnement sur la manière dont le sujet construit sa propre réalité psychique à partir de la réalité externe, l'incorpore, la dénie, la symbolise, la refoule…

L'approche structurale, initiée par S. Freud (1933) dans sa métaphore du bloc de cristal, en réfère à la structure psychique telle qu'elle s'est construite dans l'enfance et telle qu'elle semble s'être bouclée à l'adolescence (en une manière de clé de voûte qui boucle l'ensemble et le fait tenir en équilibrant des forces qu'il faudrait dès lors supposer constantes), sans questionner le plus souvent les crises plus tardives du psychisme (J.-M. Talpin, 1994, 1998b). Le présent, en tant que situation d'émergence, n'y a pas d'importance. Ici l'analyse n'adhère pas à la causalité présente mise le plus souvent en avant par la personne âgée ou par son entourage familial dans la logique d'une psychopathologie réactionnelle, mais peine à entendre les spécificités du vieillissement.

L'opposition entre ces deux modèles peut cependant être dépassée pour deux raisons. D'une part, il est erroné de penser un sujet en soi, hors de ses cadres, dans la mesure où ce qu'il manifeste tient toujours aux cadres auxquels il s'appareille de différentes manières, en particulier en y déposant les parts souffrantes de lui-même (J. Bleger, 1966 ; E. Jaques, 1955 ; R. Roussillon, 1995b). Ceci est particulièrement flagrant dans le vieillissement qui s'accompagne d'importantes modifications des cadres sociaux de vie (retraite, parfois changement de lieu de vie, pertes, etc.). D'autre part, la structure elle-même, en sa construction, a une histoire. Cette conception permet de sortir des théories structuralistes closes, qu'elles émanent de J. Lacan (1981) ou de J. Bergeret (1985), pour citer deux figures emblématiques. Nous avons vu plus haut que ceci a conduit ce dernier auteur à penser la

vieillesse sur le modèle de l'involution, avec retour à la période de latence, période durant laquelle la structure n'était pas encore définitivement fixée. Cette conception qui intègre l'histoire de la structuration du psychisme insiste plus sur les processus que sur la structure, plus sur la symbolisation (voie ouverte par les kleiniens et, à partir de J. Lacan, par P. Aulagnier, 1975) que sur le symbolique. Elle est plus économique et dynamique que topique. Cette approche, plus centrée sur les processus (qui se doublent toujours d'une part de non-processus), ne néglige pas la part qui s'inscrit dans la structure et ne fait donc pas l'objet d'un travail de symbolisation sauf à mettre en travail la structuration même. Si une partie de la structure du sujet est internalisée, une autre s'externalise (ou demeure externe) dans les rapports aux objets, aux institutions. La partie interne ne peut même s'organiser que pour autant qu'elle a la possibilité d'externaliser (ou de maintenir externe) ce qu'elle ne parvient pas à traiter, à symboliser (A. Green, 1990).

Cette perspective permet de comprendre le sens des décompensations tardives en les mettant en lien avec les modes antérieurs de compensation ainsi qu'avec ceux éventuellement apparus tardivement, dans la création de nouveaux équilibres. De plus, insistant sur la dimension dynamique, elle dit aussi les limites, largement psychiatriques, d'une pensée qui cherche les personnalités prémorbides, en particulier pour les démences séniles de type Alzheimer (DSTA). Il est plus fécond de chercher à comprendre ces DSTA, ainsi que l'évoque à sa manière G. Le Gouès (1991), à partir de l'hypothèse de l'effondrement du clivage entre primaire et secondaire qui conduit à un envahissement du second par le premier et, par là même, à une profonde déstructuration du second qui va petit à petit contaminer le premier qu'il soutenait en après-coup. La distinction primaire/secondaire tient à la logique de la symbolisation qui transforme les traces en représentations de chose puis en représentations de mot. Ainsi, d'une part, primaire et secondaire sont séparés et ont des logiques spécifiques, d'autre part, ils sont en lien, en particulier de

transformation mais aussi parfois de mise en danger lorsque les traces mnésiques et les contenus primaires ne parviennent pas à être symbolisés et affectent ou court-circuitent l'appareil psychique. Il serait intéressant de s'appuyer sur cette perspective pour essayer de comprendre pourquoi il n'y a pas, ou si peu, de décompensation démentielle chez les sujets organisés sur un mode psychotique (C. Müller et J. Wertheimer, 1981 ; L. Ciompi, 1970).

Il va donc s'agir d'articuler, jusque dans les temps tardifs de la vie, structure et transformation avec pour pivot la question toujours centrale de l'identité, de l'identité à soi-même malgré de multiples changements, ce qui insiste sur le fait que les pathologies d'apparition tardive auront toutes une forte participation narcissique.

Ceci conduit à remettre en question la justesse du concept de structure. En effet ce concept, par sa fixité et sa fermeture, fut remis en cause au fil du temps d'une part par les évolutions de la technique psychothérapique et psychanalytique, d'autre part par le fait que le psychisme d'un sujet est en lui et hors de lui. Dès lors, il doit être pensé soit comme structure élargie (structure du sujet dans son lien au monde), soit comme organisation, ce qui laisse place à une dimension dynamique, avec possibilité de désorganisation et de réorganisation en fonction de ce que rencontre le sujet et des rapports de son cadre interne aux cadres externes (J. Bleger, 1966) plus ou moins rigides, plus ou moins mouvants, quand ils ne disparaissent pas.

Le sujet vieillissant n'en finit pas – avec certaines limites qui peuvent toucher à la psychopathologie –, de se remanier, de se transformer mais aussi d'autosymboliser son fonctionnement (R. Roussillon, 1991a).

Afin d'illustrer ce qui précède, examinons une clinique du vieillissement tirée de la littérature : Dorian Gray, héros du livre d'O. Wilde, figure hautement narcissique, suscite l'admiration car il ne vieillit pas, il conserve sa beauté. Or il découvre que s'il ne vieillit pas dans son corps, son portrait vieillit pour lui, étant de surcroît porteur de la noirceur de

son âme. Ainsi Dorian Gray n'évite-t-il le vieillissement que grâce au clivage : il reste éternellement jeune, beau et séduisant, son portrait vieillit pour lui jusqu'à ce que, le découvrant, il détruise le tableau, ce qui entraîne un retour sur lui du vieillissement et de la mort. Le clivage est ici double : dans le temps (entre un hors temps et l'inscription corporelle de celui-ci), et entre le bon et le mauvais, ce qui recouvre une conception péjorative de la vieillesse. Un premier niveau de lecture, en surface, de ce texte, laisse penser que le personnage souffre (ou plutôt évite de souffrir) d'une pathologie qui relève de cette forme relativement élaborée du narcissisme qui se pose en termes d'image de soi, d'apparence. Cela est certes juste, mais O. Wilde va plus loin en découvrant les racines archaïques de cette souffrance narcissique : Dorian Gray ne se contente pas de poursuivre une image idéalisée de lui-même, il clive en lui l'apparence et le soi vivant (avec ce qu'il intègre de mouvement de haine, de faiblesses, de blessures), et le dépose, en image, sur une toile. Les souffrances psychiques de la fondation du sujet le rattrapent dans une vieillesse que celle-ci réactive et figure.

Tout sujet (c'est alors la valeur universelle de la figure de Dorian Gray) se construit sur une part d'exclu qui fait (refoulement) ou ne fait pas partie de lui (clivage et projection) et sur une part d'inclus, d'intégré psychiquement, de symbolisé, de lié. Le drame de D. Gray est qu'il fonctionne sur un mode totalement clivé mortifère qui ne permet aucun jeu, aucune articulation transitionnelle qui permettrait de sortir de l'opposition frontale dedans-dehors. De ce fait, son identité tient pour partie à l'histoire des lieux et des objets dans lesquels il a déposé ces parts de lui-même.

À l'opposé, je citerai le travail de Roman Opalka qui fond l'œuvre, la vie, le temps et le vieillissement. Son œuvre est constituée de diptyques : une photo de lui, avec toujours une chemise blanche, prise à chaque commencement d'un tableau : sur les tableaux il peint une série de chiffres toujours croissant de un en un et à chaque nouveau tableau il ajoute un peu de blanc au mélange avec lequel il peint, en petit, les chiffres. Ces diptyques, surtout exposés en série, donnent à voir le temps et le vieillissement : par les chiffres croissants, par

l'effacement des chiffres et des photos qui sont de moins en moins contrastées, par les transformations progressives du visage du peintre.

Tout sujet vieillissant a une part refoulée – que l'on retrouve dans les conflits névrotiques – et une part clivée – que l'on retrouve dans les souffrances narcissiques identitaires – (R. Roussillon). Lors du vieillissement, le sujet peut continuer de recourir au clivage pour ce que le vieillissement le conduit à vivre, il peut aussi être confronté à du clivé antérieur qui revient, en particulier lorsque les objets dans lesquels il avait déposé ce clivé disparaissent. Nous verrons que le retour de ce clivé peut désorganiser le moi et être à l'origine d'épisodes de confusion mentale.

Afin d'articuler les psychopathologies d'apparition tardive aux développements qui précèdent quant aux dynamiques du vieillir, nous allons d'abord nous arrêter sur les formes qui sollicitent la dimension somatique, puis nous nous arrêterons sur les problématiques dépressives, en particulier en lien avec le deuil et l'idéal du moi. Après un point sur les troubles d'allure psychotique, nous nous arrêterons plus longuement sur les pathologies les plus spécifiques de la vieillesse : les démences séniles.

Nous terminerons cette partie par les questions relatives aux sujets vieillissants avec des psychopathologies apparues lors de l'enfance, de l'adolescence ou de l'âge adulte.

Chapitre 5

Dimension somatique

Ainsi que nous l'avons vu, tout au long du processus de vieillissement, le corps se modifie tant dans son apparence que dans la manière dont il est ressenti, tant dans la perception que dans la motricité. Ceci peut être mineur (ce qui ne présage pas de la manière dont ce sera ressenti par le sujet), ceci peut aussi toucher profondément le corps (accident, maladie, etc.). Dès lors, certains éprouvés corporels de la vieillesse vont convoquer ceux de l'enfance et se manifester sous une forme pathologique. Tandis que certaines manifestations s'inscrivent dans la logique des somatisations, du passage par le corps, d'autres vont passer par le discours sur le corps, c'est particulièrement le cas de l'hypocondrie et de sa forme mineure : la plainte hypocondriaque.

1. Corps impotent et troubles psychiques

Certains vieillissements corporels pathologiques réduisent peu ou prou les capacités d'agir des sujets âgés. À l'extrême, selon un mot qui est moins usité aujourd'hui, on parle d'« impotence », c'est-à-dire d'impuissance, de perte de pouvoir et de puissance. Ces pertes de

puissance ont certes leur gradient de réalité ; cependant leur importance subjective n'est pas strictement corrélée à leur gravité organique.

Ainsi que le développe B. Rosenberg (quant à un autre objet, 1997), quand le sujet est impotent (ou se vit, se représente tel), l'angoisse augmente car il y a risque d'atteinte de l'unité somatopsychique qui peut entraîner une atteinte de l'unité du moi qui risque, à l'extrême, d'être annihilé. Cette unité étant elle-même une autoreprésentation du moi, celui-ci sera convoqué à en produire une nouvelle, ce qui achoppe tout à la fois sur ce qui est à symboliser et sur les capacités mobilisables de ce moi, y compris dans ses dimensions cognitives. Dans la clinique gérontopsychiatrique et gériatrique, ceci se rencontre lors de l'installation d'une démence dans les suites d'une pathologie somatique grave ou encore lors de syndromes de glissement qui peuvent apparaître à la suite d'une chute, d'une hospitalisation. Nous passons alors de la problématique de l'impotence à celle des désorganisations psychosomatiques graves qui feront l'objet de la partie suivante ; ceci permet dès à présent de souligner l'existence de voies de passage entre les différents aspects de notre questionnement. Lorsqu'il y a écrasement sur le soma, l'appareillage de la psyché à son environnement disparaît mais peut être de nouveau sollicité, autrement, dès lors que le corps mobilise des prises en soin spécifiques.

Cette problématique de l'impotence (de la perte de puissance, avec tous les échos du côté de l'intégrité et de la castration) se retrouve aussi, le plus souvent *a minima*, autour de la question de la fécondité et de la sexualité à la ménopause pour les femmes, et d'une baisse de l'efficacité sexuelle ou de difficultés suite à une intervention chirurgicale sur la prostate pour les hommes (J.-M. Talpin, 2008, 2012a ; J.-M. Talpin, C. Hugonnet, 1997). Cette problématique mobilise le psychisme soit au niveau élaboré des angoisses de castration soit au niveau du narcissisme et des angoisses d'atteinte de l'intégrité somatopsychique ou de l'intégrité corporelle.

Afin de préciser notre questionnement, nous allons nous arrêter sur deux cas, le premier témoignant d'une meilleure élaboration que le second, sans doute du fait d'une organisation psychique mieux névrotisée et jouissant d'une plus grande souplesse ou d'une plus grande capacité transitionnelle sur l'axe régrédiant-progrédiant, donc d'une meilleure capacité de reprise psychique.

Fernande[1] fut hospitalisée en gérontopsychiatrie à 77 ans, suite à un épisode confusionnel nocturne lors duquel elle déambula en chemise de nuit en ville ; elle dit n'en conserver aucun souvenir. Cette patiente, opérée d'un cancer du sein quelque quinze ans auparavant, semble rapidement récupérer psychiquement (se normaliser) en même temps qu'apparaissent des problèmes somatiques inquiétants, en particulier une forte anémie due à des hémorragies digestives. Se pose la question d'une participation somatique à l'épisode confusionnel : Fernande avait-elle senti quelque chose d'étrange dans son corps qu'elle ne put traiter psychiquement ? Elle subit un bilan en urgence, refusa fermement la transfusion qui semblait nécessaire, disant que peut-être son heure était venue, mais soutenait aussi qu'une bonne alimentation la soignerait. Cette première séquence montre comment, au cours de la vieillesse et de ses accidents, sont remises en jeu les positions actives et passives, parfois dans des liaisons complexes : face à l'événement qui la rendait passive (maladie, prise en charge médicale), Fernande s'imposa sur un mode actif non seulement dans son refus mais aussi dans sa proposition de soins. À la surprise de tous, son bilan redevint normal au bout d'un mois et elle accepta l'opération du cancer du côlon découvert au cours des bilans. Cependant cette acceptation reposait sur un déplacement du motif de l'intervention ; elle parlait tantôt de ses yeux, se plaignant de ne plus voir, tantôt de sa respiration car elle « manquait d'air ».

Durant l'hospitalisation en service de chirurgie, elle présenta un autre épisode confusionnel (anesthésie, changement de cadre ?) qui disparut quand elle revint dans le service de psychiatrie, n'ayant plus d'autre lieu de vie puisqu'elle ne voulait pas retourner dans le foyer duquel elle venait. L'opération réussit bien. Cependant peu après, en se promenant, Fernande trébucha et se cassa un bras. Dans un premier temps, cette fracture lui permit de fixer l'angoisse. Dans un second temps, elle put en travailler la polysémie :

1. Présentée dans Talpin J.-M. (2004f).

– cette fracture la mettait à part de sa famille puisque, selon elle, aucun membre (!) de celle-ci ne s'était jamais cassé quoi que ce soit ; on peut donc y entendre une fracture de l'identité, de l'appartenance à une famille métaphorisée comme corps ;
– elle symbolisait celle de sa vie, de son entrée dans la vieillesse. En effet, Fernande disait que maintenant elle était vieille, ce qui provoquait une fracture à symboliser dans sa vie, dans son identité cette fois singulière, garante de son sentiment de continuité psychique ;
– elle venait aussi préfigurer la mort, quelque chose en elle s'était brisé, elle qui se vivait comme si solide jusqu'alors.

Le plâtre qu'elle garda environ un mois et qui la bloquait du poignet à l'épaule convoqua des vécus d'impotence : Fernande disait que ce plâtre était trop lourd, qu'il la gênait, que du coup elle ne pouvait plus se lever, qu'il l'empêchait de sortir parce qu'il la déséquilibrait (terme à forte connotation psychique !). Elle évoquait aussi des affects de honte dus à une certaine passivation. Cependant, elle en jouait car elle gardait un volant d'autonomie mais tirait des bénéfices secondaires de sa situation en termes de maternage. Elle en donnait d'ailleurs des indices explicites lorsque, durant les entretiens, elle se présentait comme une fille unique que ses parents avaient particulièrement gâtée et se positionnait de même vis-à-vis de qui la suivait.

Vers la fin de son hospitalisation, alors qu'elle venait d'être déplâtrée, Fernande alla plus loin dans la prise en compte du travail de la mort en elle en me déclarant : « En ce moment, je ne dors pas très bien parce que j'ai peur de me réveiller morte. » Cette formule témoigne d'un clivage au sein du moi, clivage qui permet de prendre en considération la mort propre alors même qu'une autre partie du moi continue de l'ignorer superbement, ainsi que le décrit M. de M'Uzan (1977) dans le fantasme « SJEM » (« Si j'étais mort »). Ce clivage permet un travail d'autoreprésentation et de prise en compte du travail de la mort en soi sans sombrer dans l'issue mélancolique du deuil total de soi[1]. De telles formulations s'inscrivent dans la logique des paradoxes contenus (R. Roussillon, 1991a) caractéristiques de la transitionnalité.

À l'opposé, Claudine, patiente quasi immobilisée, me fit vivre beaucoup d'agacement du fait de sa passivité active, liaison forte des vécus primitifs dans un corps et une psyché de vieillard et du fait de son corps énorme et mou, exposé.

1. Cf. H. Bianchi (1987).

Après un bref passage en maison de retraite, Claudine (75 ans) fut accueillie au domicile de son gendre et de sa fille, particulièrement culpabilisée par le placement (bref) de sa mère. Claudine est impotente en raison d'un surpoids important qui l'immobilise dans son fauteuil roulant. De plus, elle présente de sérieux problèmes de vue. Au cours de la prise en charge, je me suis régulièrement posé la question de la réalité de son handicap ou du moins des limites de celui-ci, en particulier car il me semblait que cette impotence lui permettait d'exercer son sadisme sur les soignants et sur sa fille qui peinaient beaucoup à la porter, de même que sur moi, qui peinait beaucoup à diriger son fauteuil. Dans ce cas, il était difficile de distinguer ce qui relevait de la pathologie somatique de ce qui relevait des bénéfices primaires et secondaires. En revanche ressortait fortement que cette impotence était en fait une véritable omnipotence qui se manifestait dans le registre d'une passivité active faite de sadisme et d'emprise sur l'environnement.

Au fil des entretiens, Claudine associa le fait de ne plus pouvoir se déplacer (dont au demeurant elle ne se plaignait pas, ce qui n'était pas le cas pour ses troubles visuels) et le cancer du sein dont elle fut opérée quatre ans auparavant ; elle disait que ce fut à partir des traitements anticancéreux qu'elle n'eut plus la force de marcher. Alors même que le traitement fut efficace, le cancer vint néanmoins actualiser pour elle sa mortalité (le travail de la mort en elle) qu'elle a agie et figurée par son immobilité (que l'on peut aussi relier à la passivité et à l'atteinte de sa féminité). Mais elle trouva aussi régressivement un contenant à son angoisse de mort dans la sollicitation tyrannique de sa fille et des soignants.

Dans ce cas, le vécu d'impuissance lié à l'obésité (qui n'était pas nouvelle même si elle fut accrue par le cancer et les traitements) et à la fatigue créée par les traitements anticancéreux a été très angoissant, ce qui a conduit Claudine à y apporter une solution « régressive » dans laquelle elle s'est enfermée.

Cette solution « régressive » est à penser comme réinvestissement de modes de fonctionnements anciens pour les inscrire dans le présent afin d'en traiter les traumas. Ceci conduit donc à penser deux types de présence du passé dans le présent (sur le mode de l'actualisation) : soit l'archaïque fait retour de manière effractive dans la psyché du sujet, y réintroduisant ce qu'elle avait exclu car elle ne pouvait le

traiter, soit au contraire le moi le réinvestit afin de traiter les traumas du présent (C. Garland, 1998). Claudine a répondu à ses vécus d'impotence par l'omnipotence, à ses vécus d'impuissance par la toute-puissance, comme le petit enfant lorsqu'il est encore très limité dans ses capacités motrices d'actions et dans ses capacités psychiques pour penser. Cette toute-puissance fut aussi pour elle une manière de contrer les angoisses de mort, et ceci alors même que, paradoxalement, son corps impotent donnait à voir quelque chose d'un corps mort. Sans doute étions-nous là face à une déliaison soma-psyché (ou à un clivage, cf. S. Ferenczi, 1931-1932) qui lui permettait de préserver un espace vivant (la psyché) en en sacrifiant un autre (ici le corps) à la mort.

La toute-puissance se traduisit en particulier par l'emprise, par le comportement tyrannique sur la fille (très culpabilisée), sur les soignants, sur moi ; ainsi devais-je pousser son fauteuil pour l'emmener en entretien, ce qui la conduisait à me disputer à la moindre maladresse, à me sommer de faire attention, percevant sans doute que mes maladresses relevaient, comme actes manqués, de mon agressivité à son égard. De l'archaïque est réveillé là du côté de l'impuissance infantile et des moyens de s'en défendre. Cette impuissance infantile renvoie à l'*Hilflosigkei*t (P.-L. Assoun, 1983) et convoque des vécus de mort psychique renforcés ou désamorcés selon le type de réponse de l'objet primaire et de ceux qui en tiennent transférentiellement la place.

Ainsi l'impotence convoque-t-elle des angoisses en deçà de celles de castration, réactivant en particulier la dépendance à l'objet et ses risques auxquels le comportement tyrannique tend à s'opposer.

Alors que Fernande a pu aborder un travail de deuil de soi, qui demeure toujours un deuil partiel, Claudine n'a pas pu le faire, sans doute du fait d'une souffrance narcissique trop importante. Elle a eu recours non à un appui sur l'intrication pulsionnelle masochique primaire (B. Rosenberg, 1991) mais sur une externalisation importante de la pulsion de mort sur les objets qui la prenaient en charge (fille,

soignants). Cette externalisation a potentiellement une double finalité : d'une part, détruire envieusement les objets qui pourraient lui survivre (J.-M. Talpin, 2005a), d'autre part faire traiter par eux cette pulsion de mort. La finalité se décidera après-coup dans la mesure où elle dépendra du mode de traitement de cette externalisation par ceux qui en sont les destinataires (retournement agressif, en être détruit, le contenir et/ou le transformer) et de la capacité d'introjection de la patiente.

Dans ces deux cas, la somatisation cancéreuse laisse supposer une désintrication de la pulsion de mort d'avec la pulsion de vie, ce qui entraîne une attaque du corps. Pour Fernande, il y eut une réintrication qui ouvrit à un travail de symbolisation (partielle), alors que Claudine investit une partie de la pulsion de mort au-dehors, dans une relation agressive, tyrannique aux objets tandis qu'une autre partie de cette pulsion de mort est tournée contre le corps propre immobilisé. Dans cette lignée, C. Roos (2003) a proposé que la maladie pouvait constituer une alternative au vieillissement pour certains sujets : être malade plutôt qu'être vieux, afin de ne penser le travail de la mort en soi que comme accidentel.

Dans *Le Deuil de soi-même*, C. David écrit : « La peur d'être détruit totalement et définitivement [ce que le cancer ou l'impotence peuvent faire vivre au sujet] est si fondamentale et si violente quand le réel l'actualise, que les élaborations œdipiennes cèdent et filent dans le creuset des angoisses d'anéantissement. » Cependant, selon la solidité des élaborations œdipiennes, il sera possible d'y revenir (Fernande) ou non (Claudine). Les défenses alors développées seront à la mesure de cette logique, la désorganisation psychosomatique demeurant prépondérante ou laissant place à une reliaison, à une reprise symbolisante du retour, de l'actualisation d'un archaïque mortifère.

2. Décompensations somatiques

Nous l'avons vu plus haut, l'année qui suit la retraite est un fort moment de surmorbidité et de surmortalité. Il en va de même de celle qui suit l'année d'entrée en institution, quel que soit l'âge auquel on y entre. Cela peut d'une part, et fort logiquement, se comprendre par le fait que les âgés qui entrent en institution sont ceux qui ne peuvent plus vivre seuls chez eux, du fait de problèmes somatiques ou cognitifs le plus souvent. Mais cela est aussi à mettre en lien avec un effondrement du sujet, effondrement qui se manifeste dans le corps sous forme de maladie, d'accident (chute en particulier), voire de mort. La rupture d'avec le cadre de vie antérieur (conjoint, maison ou appartement, quartier, tous porteurs de parts du sujet) produit un tel désétayage que le sujet ne parvient pas à investir le nouveau cadre institutionnel (non choisi ou choisi le plus souvent par défaut).

D'autre part, il n'est pas rare que le désétayage vienne du corps lui-même. Ainsi que le souligne C. Roos, lors des chutes, il est fréquent que ce ne soit pas la chute qui provoque une fracture mais au contraire une fracture spontanée (liée à la fragilité osseuse, à de l'ostéoporose, etc.) qui provoque la chute. Le sujet fait alors l'expérience d'un corps qui le lâche, qui, au sens propre, le laisse tomber, ce qui provoque de grandes angoisses et un sentiment d'inquiétante étrangeté quant à son propre corps.

De ce fait donc, les somatisations massives ne sont pas rares dans le grand âge, qu'il s'agisse de cancers qui flambent, de décompensations cardiaques, vasculaires, ou encore de syndromes de glissement.

Ainsi que ceci a été évoqué plus haut, la vie de Fernande a connu une évolution favorable, sans doute grâce à une réelle richesse des défenses mobilisables qui vont de la projection sur l'institution à la séduction hystérique, en passant par ce que R. Debray (2002) nomme des « solutions psychosomatiques » et un traitement onirique riche.

En écho à cette patiente, et dans la logique du contre-modèle, je présenterai maintenant Frédérique. Elle fut hospitalisée avec un diagnostic de mélancolie délirante dont je ne verrai pas les symptômes qui régressèrent donc très vite puisque je la rencontrai huit jours après son arrivée dans le service d'hospitalisation. Elle se présentait plutôt comme fatiguée, sans désir, regrettant d'être ainsi, disant ne plus se reconnaître.

Petit à petit, je compris que, sans enfants, elle était veuve depuis deux ans et que son mari était mort chez une autre femme, sa maîtresse d'après la famille, ce que Frédérique n'envisageait que sur le mode de la dénégation. Elle pensait en effet que son mari était allé mourir chez cette femme pour la rendre jalouse et elle se demandait bien pourquoi. De plus elle ne liait nullement son asthénie, ses symptômes dépressifs à la mort de son mari.

La semaine suivant le premier entretien, je ne pus la recevoir car elle était partie à l'hôpital général pour un problème de rétention urinaire qui entraîna la pose d'une sonde à demeure pour quelque temps. À son retour en psychiatrie, elle chuta, se prenant les pieds dans le tuyau de la sonde. À partir de là, je la vis une fois par semaine durant un mois. Elle semblait alors investir la relation, disant qu'il était difficile de vieillir, évoquant les décès des membres de son entourage (parents, frère, mari). Elle m'expliqua aussi qu'elle pensait qu'elle n'en avait plus pour longtemps à vivre car elle avait 65 ans et que sa mère était morte à 67 ans, ce qui me fit penser à une rivalité impossible, et mortifère, avec sa mère ; vivre plus longtemps que celle-ci aurait été équivalent à la tuer une seconde fois. Cette problématique de la relation à la mère peut aussi s'entendre à la lumière du fait que Frédérique n'eut pas d'enfants, ne s'acquittant ainsi pas de la « dette de vie » (M. Bydlowski, 1997). De plus le mari était présenté comme maternant, Frédérique évoquant tout ce qu'il faisait à la maison.

Après un mois, une amélioration fit évoquer un possible retour à domicile, explicitement souhaité par Frédérique ; il fallait juste attendre que la sonde soit enlevée. Or dès que ce fut chose faite, la rétention urinaire réapparut très rapidement. En une semaine, son état somatique s'aggrava ; la sonde fut remise en place, une phlébite commença ainsi que divers autres problèmes somatiques de moindre gravité. Durant les entretiens, Frédérique n'associait plus, elle était dans l'immédiat, décrivant ce qui nous entourait dans le bureau, ce qu'elle voyait par la fenêtre, dans un fonctionnement opératoire qui ressemblait à celui de certains déments. Une semaine après la nouvelle pause de la sonde, elle décéda d'une embolie pulmonaire.

Si, ainsi que l'écrit B. Rosenberg (1991), « l'intrication pulsionnelle se fait par l'intermédiaire de l'objet sans lequel elle est impossible » (du fait de la nature incompatible des pulsions), il convient de se demander comment ceci se joue tardivement.

Ainsi que nous l'avons vu pour Fernande, il semble qu'elle ait pu suffisamment intriquer pulsions de vie et de mort dans son enfance grâce à des parents décrits comme aimants et maintenant idéalisés, en particulier dans un mécanisme défensif de lutte contre la mort, en se mettant sous la protection des parents internalisés. Après un temps où prédomina la désintrication (somatisation) redoublée par l'impotence ainsi induite, elle s'appuya transférentiellement sur moi, m'investissant d'abord comme figure maternelle (primaire) aimante puis, ultérieurement, comme fils, me mettant au demeurant en rivalité avec le sien dans une bascule de bon augure entre transfert parental et transfert filial (nous y reviendrons ultérieurement car il s'agit d'un enjeu important dans la pratique clinique avec les âgés) qui relançait la question de la transmission.

Pour Frédérique au contraire, cette réintrication ne fut pas possible. Lors du premier entretien, j'ai été dupe d'une présentation névrotique. Dans l'après-coup de sa mort se pose la question d'une organisation en faux self avec ce que cela suppose de clivage (R. Roussillon, 2001) à la base d'un tel mode de fonctionnement. J'avancerai l'hypothèse que bien des âgés, à l'instar de Frédérique, fonctionnent en fait moins en faux self qu'ils ne se récompensent vite (en écho à la décompensation psychique antérieure) en s'étayant massivement sur le cadre institutionnel et l'ensemble de la prise en charge hospitalière. Pour autant, ceci rend nécessaire un certain renoncement au vrai self afin d'être apprécié (aimé) pour les professionnels. Ainsi la dimension mélancolique de Frédérique disparut-elle vite sans pouvoir être mise en travail dès lors que son auto-investissement et ses autoérotismes se soutenaient des investissements d'autres bienveillants (les professionnels). Seule l'équipe permettait à cette patiente de recouvrer une certaine cohérence interne, cohérence qui reposait

sur un clivage demeuré méconnu. Sans doute la prise en charge ne fut-elle pas assez longue pour permettre à la patiente de pouvoir en internaliser quelque chose et l'équipe soignante ne perçut-elle pas une telle dépendance donc ne la mit pas en travail[1].

Durant tous les entretiens sauf le dernier, ce qui au demeurant témoigne bien des enjeux narcissiques, Fernande resta dans l'idéalisation de son mari, des soignants, ne pouvant nullement manifester la moindre agressivité vis-à-vis de quiconque. Ressortait donc un très fort écart entre ses propos, toujours courtois, sans angoisse apparente, et les mouvements en dents de scie de sa santé somatique, avec des revirements brusques et rapprochés dans le temps, donnant à voir le combat entre pulsion de vie et pulsion de mort.

À partir de la première décompensation psychique, puis somatique, le psychisme de Frédérique a été pris dans une spirale de destruction. Son moi, du fait des pertes objectales puis corporelles, perdit ce qui le soutenait dans les processus de compensations antérieures. De ce fait, il perdit sa capacité à maintenir de l'illusion (au sens winnicottien) et fut crûment, et cruellement, confronté, dans la logique de l'*Hilflosigkeit* (de la désaide), à sa nudité (J.-M. Talpin, C. Joubert, 2008), à son impuissance dans la lutte contre le terme de sa vie. J'ai proposé le terme de « mise à nu » du moi, là où F. Vila (2010), reprenant une formulation freudienne, parle de « déshabillage », ce qui est moins radical et laisse entendre que le moi conserve toujours quelques habits. Quoi qu'il en soit de cette dimension terminologique, il y a convergence dans la représentation d'un moi désétayé des objets et dispositifs sur lesquels il avait pu s'étayer, dans lesquels il avait pu déposer, s'externaliser. Il est donc tout à la fois confronté à ces pertes et au risque que les « incontenus » externalisés soient perdus ou reviennent de manière effractive, redoublant alors les traumatismes initiaux qui avaient rendu cette mise à distance nécessaire.

1. Cf. Talpin J.-M. (2007b), « La crise de la fin d'hospitalisation en gérontopsychiatrie ».

Ainsi, je propose qu'il s'agit d'archaïque dès lors que le sujet n'est pas encore ou plus capable d'entretenir l'illusion, dès lors que la rencontre est frontale, traumatique, destructrice, avec un réel qui se confond avec le néant et n'est plus médiatisé par un tiers secourable, bienveillant (S. Freud parle de *Nebenmensch*, 1895, 1926). Cet archaïque se manifeste de manière immédiate (c'est-à-dire sans médiation) directement dans le corps sous la forme d'une déliaison entre pulsion de vie et pulsion de mort, la seconde prenant alors le dessus. Ceci est une lecture possible des démences séniles de type Alzheimer, nous y reviendrons ultérieurement.

Sur le fond, deux modèles sont possibles pour le clinicien, modèles qui demeurent le plus souvent dans une certaine indécidabilité :

– dans le premier, le travail du psychologue avec l'âgé, atteint de troubles physiques, repose sur un modèle réactionnel : il ne s'agit pas de chercher une cause, une origine aux troubles mais d'accompagner le sujet dans la manière dont il réagit à ceux-ci et de l'aider à élaborer ces troubles et ce qu'ils lui font vivre (dimension traumatique) ;

– dans le second, le travail porte sur la recherche d'une cause, ce qui s'inscrit beaucoup plus dans une approche psychosomatique. Il est particulièrement intéressant de travailler sur les théories (fantasmatiques) que se construisent les patients à propos de leurs maladies, de leurs atteintes corporelles. Dès lors, il s'agit moins de trouver la cause ou l'origine que de trouver et/ou créer du sens à ce qui arrive au sujet par son corps. Ce sens participe à l'élaboration du traumatisme et au travail de symbolisation, c'est-à-dire d'appropriation subjective.

Dans ces deux premiers chapitres, il a été question d'un corps atteint dans son organicité, dans sa chair. Dans celui qui suit, consacré à l'hypocondrie, nous verrons qu'il s'agit d'un discours sur le corps souffrant, quand bien même il n'est pas atteint dans sa réalité biologique ou bien en deçà de ce que la plainte donne à entendre. En effet, l'hypocondrie se caractérise par un discours souffrant sur le corps et par une plainte répétitive et réfractaire aux tentatives de soin.

3. Vieillesse et maladie ou la solution hypocondriaque

Raymonde, 74 ans, est hospitalisée en psychiatrie car la maison de retraite dans laquelle elle vit ne supporte plus ses plaintes somatiques qui, au fil de son hospitalisation, s'estompent sans que le fonctionnement change vraiment ; elle retourne alors en maison de retraite pour un temps bref car les plaintes recommencent de plus belle, au point que la maison de retraite signifie qu'elle ne la reprendra pas ! Durant sa première hospitalisation, Raymonde présente un discours globalement stéréotypé, entre plainte et ressassement d'un passé clivé : d'une part, des parents « très bien » (au fil du temps apparaît de l'ambivalence, le « très bien » voulant dire que les parents étaient très à cheval sur les apparences, en particulier sociales, mais qu'ils ne montraient guère d'affection) ; d'autre part, un mari, bel homme, elle y insistera beaucoup, mais décevant car alcoolique (ses parents l'avaient bien prévenue !) et mort jeune, ce que je mettrai du temps à réaliser tant, trente-cinq ans après sa mort, la haine était toujours vivante, virulente !

Durant sa seconde hospitalisation, elle refuse de venir en entretien et se réfugie dans une plainte de fatigue (J.-L. Chrétien, 1996) que j'entends comme une fatigue à être, en lien avec de l'inhibition, mais aussi comme une opposition à mon encontre (une manière de me réduire à l'impuissance) et à celle de l'ensemble des soignants, dans ce que je propose de nommer une « déspécification du transfert » (J.-M. Talpin, 2003d) : Raymonde ne différencie plus les personnes, il s'agit d'un transfert massif et indifférencié sur les professionnels. Elle nous neutralise et nous met, avec son mari, du côté des mauvais qui ne la comprennent pas. Elle reste sur une déception narcissique (le mari mais aussi, en deçà, les parents investissant les froides apparences plutôt que les chauds sentiments) qui est d'abord une déception du narcissisme dans la rencontre avec un (des) objet(s) inaffectif(s), internalisé(s) comme tel(s) et déplacé(s) sur l'organe malade (le ventre !) faisant vivre et souffrir tout à la fois. Ceci relance d'emblée la question du masochisme et donc de cette forme de jouissance dans la vieillesse. Cette déception est l'élément central qui bloque le travail de deuil. La plainte, qui est aussi une demande d'amour, produit l'effet paradoxal de susciter sinon du rejet, du moins un fort agacement compte tenu de ses modalités répétitives d'expression.

Après ce bref cas, sur lequel je reviendrai au fil de mon développement, seront rappelés quelques éléments théoriques relatifs à l'hypocondrie puis nous verrons pourquoi cette pathologie, sous diverses modalités, est si fréquente dans le vieillissement avant d'insister sur la tension dans l'hypocondrie entre repli narcissique, dans un aménagement spécifique du deuil, et maintien du lien dans une plainte souvent fort active et agressive.

L'hypocondrie est caractérisée comme un discours et une plainte sur le corps, qui ne correspondent pas à sa réalité biologique, organique. Elle témoigne de la transformation d'une souffrance psychique en douleur physique et d'une fixation sur le corps, fixation à laquelle le sujet a beaucoup de difficultés à renoncer, ce qui fait que la plainte est le plus souvent répétitive et qu'elle peut se déplacer quant à son objet. L'hypocondrie se rencontre dans les différents types d'organisation psychique : ainsi peut-elle s'inscrire comme plainte névrotique (témoignant d'un refus de la castration imposée par le corps vieillissant), comme plainte dépressive (cf. la partie suivante, par rapport à un corps dévalorisé-dévalorisant), comme plainte mélancolique, en particulier dans le syndrome de Cotard qui se manifeste par la négation d'organe, la conviction délirante d'être pourri à l'intérieur (nous y reviendrons au sujet de la mélancolie)…

En 1976, C. Balier évoque l'hypocondrie, dans la ligne de la pensée freudienne, comme pathologie narcissique entre désinvestissement objectal et investissement d'un organe qui, du coup, fait butée au risque d'une « régression » plus profonde. Cette tension est fondamentale en ce qu'elle permet d'éviter tant la mélancolie que la maladie somatique (M. Péruchon, 2005).

Avant de rappeler quelques propositions théoriques et cliniques, il importe de souligner, ainsi que le formule joliment H. Danon-Boileau (2007), que le sujet vieillissant n'est pas toujours confronté à des atteintes brutales, violentes, traumatiques, mais qu'il fait l'expérience de « la basse continue des petites misères ». C'est une manière de dire que la plainte hypocondriaque n'est pas totalement

sans fondement du côté de la réalité du corps. Ceci vient questionner un aspect central, celui du fameux « silence des organes dans la santé » (C. Leriche). Ce silence du corps dans sa dimension organique (ce qui signifie aussi que, dans le registre pulsionnel, le corps peut à certains moments être très bruyant) repose sur une internalisation suffisante de la fonction encadrante de la mère que l'on pourrait aussi penser comme enveloppe (D. Anzieu, 1985). Il est donc possible de soutenir que pour l'adulte en bonne santé, et en dehors des excitations érogènes et érotiques, le corps est silencieux. Dans la vieillesse, le corps se manifeste, se rend présent avec insistance en particulier par ses dysfonctionnements et ses douleurs. Le corps se rappelle au sujet, ce qui signifie qu'il y a une plus ou moins grande désintrication de l'intégration somatopsychique au point de ramener le sujet à ce temps où, après avoir été distingués du « magma originel », corps et psyché n'étaient pas encore, ou pas suffisamment, en lien. Cette déliaison, pour économique qu'elle soit car elle permet un temps de mettre le psychique à l'abri des signes de la mort qui menacent le corps, n'en est pas moins problématique lorsque, dans l'hypocondrie, la psyché se réinstalle dans le corps, mais cette fois selon la modalité de la fixation douloureuse sur un organe ou selon celle, plus diffuse, de la fatigue qui masque souvent une problématique dépressive à bas bruit. Cette fatigue, articulée au fantasme d'épuisement, articule aussi vieillissement et futur (J.-M. Talpin, 2008). Ce fantasme d'épuisement, qui dit le travail de la pulsion de mort dans la psyché, repose sur une autoreprésentation du psychisme comme réservoir qui arriverait au bout de ses réserves, ce qui occulte que le psychisme se recharge des signifiants énigmatiques mais aussi des expériences sensorielles (D. Anzieu, 1985) et du commerce avec les objets.

Face à « la basse continue des petites misères », le sujet a le choix, encore une fois en appui sur l'objet maternel internalisé, entre « faire la sourde oreille », c'est-à-dire maintenir cette basse continue en fond sonore discret, et se laisser envahir par elle en une plainte tantôt

globale (« ça ne va pas, je suis fatigué »), tantôt ciblée, focalisée sur un organe. À ceci près que le plus souvent, dans cette clinique, l'objet de la plainte est mobile, l'hypocondriaque se déplaçant facilement dans son corps au gré des réponses reçues. Il importe de souligner que l'on ne peut penser l'hypocondrie que comme discours. En effet, quand elle se donne à voir dans un vécu de ressentis douloureux (par les mimiques, les attitudes et les postures corporelles…), ce n'est pas par incapacité psychique à discourir (même si le discours est le plus souvent pauvre) mais pour souligner le manque de discours et en provoquer un chez l'autre (le terrible « Ça va ? » que les proches évitent généralement de prononcer, ce qui passe souvent pour le patient pour un manque d'intérêt). Le discours est consubstantiel à l'hypocondrie, tout autant que la sensation douloureuse.

Pour le dire autrement, cette sollicitation du corps du fait du vieillissement, d'un corps qui ne fonctionne plus comme avant (ce qui n'attend pas le vieillissement pour commencer et couvre toujours plus ou moins un corps idéalisé qui n'a jamais existé), conduit nécessairement à un « retour » (terme que je propose en lieu et place du concept de régression) du narcissisme dans ses formes archaïques : l'antagonisme pulsion de vie/pulsion de mort trouvera à s'y exprimer et à s'y expérimenter.

Dans cette perspective, en appui sur les propositions de D. Meltzer (1964) pour lequel « une partie du corps est alors [dans les délires somatiques] ressentie comme prenant une vie complètement indépendante », je propose que, dans l'hypocondrie de la vieillesse, il ne s'agit pas d'un délire somatique mais que l'on retrouve le clivage entre l'organe élu (même s'il change) et le reste du corps. Cet organe isolé, clivé, a pour mission paradoxale de figurer d'une part l'expérience d'un corps qui échappe plus que jamais au sujet car il est ressenti et fantasmé comme passant sous l'emprise de la mort et, d'autre part, un fantasme de lutte contre la vieillesse et la mort, cet organe étant, quoi que pensé menacé, plus vivant que jamais. Enfin, ce clivage ne tient pas car il génère à son tour de l'angoisse ainsi qu'en

témoigne la demande du sujet de le (lui, le sujet ; lui, l'organe) guérir, c'est-à-dire de réintégrer l'organe.

C'est ce que travaille S. Freud dans *Pour introduire le narcissisme*, texte dans lequel l'exemple de l'hypocondrie succède à celui de la maladie somatique, d'une part, et de l'état amoureux, d'autre part, comme lieux de la mise en évidence de la problématique narcissique dans la vie de tout sujet. Dans ce texte, S. Freud situe l'hypocondrie entre névrose et psychose et la considère comme une voie de passage. Nous verrons avec des auteurs plus récents que l'hypocondrie, quand elle n'est pas pensée comme « transnosographique » (M. Baudin, 2005), n'en est pas moins située à un carrefour[1].

L'hypocondrie, troisième névrose actuelle pour S. Freud, redistribue donc, comme la maladie somatique, la libido sur le corps, à ceci près qu'il n'y a pas de maladie somatique mais ce que M. Duras a appelé « la maladie de la mort ». Ainsi que nous l'avons dit à propos des « petites misères », et d'autant plus que le vieillissement en bonne santé dure de plus en plus longtemps, soit celles-ci sont traitées comme telles (c'est-à-dire qu'elles ne sont pas dramatisées ni ne servent de point de fixation aux angoisses de mort), soit elles sont interprétées dans la logique de la maladie, ou plutôt dans la croyance en une maladie, elle-même signe avant-coureur de la mort. Ce terme de croyance est fondamental car celle-ci peut être incertaine, flottante, ou au contraire se développer sur le mode d'une adhésion idéologique qui en fait, à l'extrême, un délire. De plus, dans cette même dimension idéologique, la maladie de l'hypocondriaque peut servir de point de fixation à des éléments persécutoires : le médecin incapable, les soignants qui ne comprennent rien et ne font pas attention, etc. Le degré d'adhésion à la croyance hypocondriaque s'articule à deux éléments importants du psychisme. D'une part à la contenance, plus ou moins appropriée, internalisée de la mère. D'autre part à l'angoisse de mort qui est liée à la manière dont le

1. Cf. l'article de M. Baudin « La position hypocondriaque entre mélancolie, hystérie et névrose obsessionnelle ».

négatif a pu être traité par la psyché tout au long de la vie. Ce négatif est réactualisé et potentialisé par des éléments de réalité corporelle (et de perte des objets) qui rappellent à un sujet fragilisé sa mortalité.

Dans la vieillesse, les « petites misères » peuvent être soit prises dans un travail de deuil de soi, certes toujours partiel, et/ou de refoulement suffisant pour les maintenir à bas bruit, soit être interprétées comme des signes de la mort à venir dont l'angoisse se conjoint (C. Janin parlerait de « collapsus ») dans l'actuel aux angoisses de mort (psychique) antérieures. Il s'agit donc là d'un des cas dans lesquels mort physique et mort psychique tendent à se confondre en une angoisse commune qui peut avoir, sur le psychisme, des effets très déstructurants dans une dynamique d'accumulation plutôt que dans un travail de symbolisation croisée.

Toujours dans *Pour introduire le narcissisme*, S. Freud soutient que « l'angoisse hypocondriaque serait, de la part de la libido du moi, le pendant de l'angoisse névrotique ». Puis il propose l'hypothèse fondamentale selon laquelle « la contrainte de l'appareil psychique à sortir des frontières du narcissisme et déplacer la libido sur les objets […] apparaît lorsque l'investissement du moi en libido a dépassé une certaine mesure », ce qui laisse supposer une défaillance (ou un débordement) des autoérotismes, en même temps qu'une « condamnation à investir » (P. Aulagnier, 1982) salvatrice. Ainsi cette constatation que le moi ne peut se suffire à lui-même est-elle une épreuve narcissique potentiellement structurante. Qu'en est-il dans le vieillissement dès lors que nombre d'objets stables (qui permettaient de détourner au-dehors, de défléchir la pulsion) ont disparu, sont perdus ? Objets dont l'investissement non seulement objectal mais aussi narcissique (et ce d'autant plus que le retour de l'objet est positif pour l'idéal du moi du sujet) permet de réduire le traumatisme du moi lié à la castration, à son incapacité à s'auto-suffire et éventuellement à l'*Hilflosigkeit* (sentiment de détresse). De plus, la perte des objets dans la logique du travail de deuil entraîne une augmentation de la libido sur le moi, celui-ci, quoique blessé, mais aussi parce que

blessé, n'étant pas toujours à même de la traiter. Ou alors, ne parvenant pas à la déplacer et à la réinvestir dans de nouveaux objets, il va la retourner sur le corps propre. Pour autant, il s'agit moins d'un réinvestissement au-dedans que de l'investissement d'une partie de soi (le corps) comme détachée, externalisée et défaite de l'appareillage somatopsychique antérieur.

Si, pour revenir au questionnement balisé par J. Rouart (1963) quant aux moments privilégiés d'apparition de telle forme psychopathologique aux différents âges de la vie, l'hypocondrie est une psychopathologie d'apparition le plus souvent tardive, c'est parce que le présent de vieillir (la réalité du soma) réveille (actualise) ce qui jusqu'alors avait été contenu par le système défensif singulier et par l'organisation métadéfensive (en appui sur les cadres sociaux). Ainsi y aurait-il une sympathie particulière (J. Rouart) entre vieillissement et hypocondrie, ce que confirment les études sur le vieillissement des psychopathologies apparues à l'âge adulte qui montrent que bien des pathologies névrotiques ou narcissiques perdent leur symptomatologie propre pour se fondre dans un creuset hypocondriaque (L. Ciompi, 1970 ; C. Müller, J. Wertheimer, 1981). Ceci témoigne de la désymbolisation du corps ou de la difficulté majeure du psychisme à poursuivre le travail de symbolisation des éprouvés corporels (car il ne s'agit pas seulement de l'image du corps).

En recentrant donc la question de l'hypocondrie sur le temps et les problématiques de la vieillesse, il est possible de proposer que celle-ci, outre la question de l'origine de la vie et de la mort, soit liée à la problématique narcissique de la perte, que cette dernière concerne le corps propre ou les objets (et le corps des objets). Ainsi que le souligne M.-C. Célérier (2005) à propos du corps propre, « l'hypocondrie est une maladie de la honte » dans la mesure où le sujet a à y faire le deuil de sa propre image. Or le vieillissement ne concerne pas seulement l'image visuelle de soi mais également les représentations appuyées sur les sensations externes et internes (qui participent à la familiarité du sujet à son propre corps tant que ne surviennent

pas de surprises), les mouvements, etc. Pour le sujet vieillissant, la question devient celle d'habiter cette enveloppe corporelle abîmée, ce qui renvoie en particulier à l'investissement antérieur de ce corps. Il y parvient d'autant mieux qu'il partage cet investissement du corps, non plus, le plus souvent, dans l'activité érotique à deux mais dans la parole, le récit à un autre : la symptomatologie hypocondriaque vaut pour autant qu'elle permet de se dire à un autre.

Dans l'hypocondrie, ou préalablement dans la maladie, le corps se donne à entendre dans sa réalité fonctionnelle et non, d'abord, dans son érotisation, une érotisation que permet cependant, selon une érogénéisation spécifique, l'hypocondrie. Le corps silencieux est un fond assurant la « continuité muette sur laquelle s'effectue normalement la vie psychique » (G. Pragier, 1995). Si le corps silencieux témoigne d'une élaboration du narcissisme par internalisation d'une figure maternelle suffisamment bonne, la maladie (organique ou hypocondriaque) témoigne, elle, du fait que la défaillance corporelle, qui peut être minime dans la réalité, réveille la mauvaise mère (celle qui ne protège pas, voire la mère haineuse, destructrice) qui est tout de même investie car la haine témoigne paradoxalement de l'existence d'un lien. Ceci rend compte de la dimension persécutoire présente dans le discours de certains hypocondriaques, l'objet persécuteur étant l'organe et/ou, projectivement, le soignant impuissant à guérir. Ainsi, pour l'hypocondriaque, mieux vaudrait la douleur qu'un silence qui serait non pas rassurant mais au contraire angoissant car il répéterait les défaillances de l'objet primaire et l'expérience de la désaide et serait une figuration de la mort.

Si l'hypocondrie peut être liée au destin vieillissant du corps propre, elle peut aussi être liée à un autre aspect du vieillissement, celui de la multiplication des pertes d'objet, chaque nouvelle perte réactualisant les précédentes, à commencer par la première, celle de la mère en tant qu'objet primaire. C'est ce qu'expose M. Baudin (2005) lorsqu'elle propose l'hypocondrie comme une solution face à

la perte. Ainsi que l'écrit P. Fédida[1] (1995), dans l'hypocondrie « le psychique a pour fonction de conserver le mort [en identifiant le mort à l'organe] en niant la mort, de le réanimer constamment et de garder ainsi sa puissance tutélaire [psychique], d'éviter la cadavérisation du psychique équivalent à la décomposition ». Nous verrons plus loin que cette question du rapport à l'objet perdu peut aussi se poser dans la dimension relationnelle (transférentielle), ce que dit autrement G. Pragier (1995) : « Le patient identifie désormais l'organe malade au mauvais objet dont il dénie la perte », c'est ce que nous avons vu avec Raymonde qui clive l'objet (avec cependant plus ou moins de succès) entre un mari mauvais et une mère bonne.

Pour terminer ce chapitre, soulignons que l'hypocondrie – alliance à certains égards du narcissisme et de la pulsion de mort, en particulier en ce que celle-ci est alimentée par les expériences précoces de défaillance maternelle – permet aussi une alliance entre narcissisme et pulsion de vie. Attentif à lui-même, s'observant et s'écoutant (à tous les sens du terme !), l'hypocondriaque est pour lui-même une mère attentive (G. Pragier) et préoccupée (sans doute trop, ou mal). À sa manière, l'hypocondrie mobilise les autoérotismes et produit une jouissance de se vivre tout à la fois passif vis-à-vis de son propre corps et actif dans la relation où l'autre est prisonnier d'un discours plaintif qu'il peine à supporter dans sa constance et sa répétitivité. Je ne peux que souligner, avec G. Pragier, qu'il s'agirait d'un « autoérotisme très archaïque investissant le corps dans ses fonctions vitales les plus autonomes, les plus indépendantes de l'objet libidinal », ce qui recentre bien sur l'angoisse quant à la vie même et à sa disparition dans les hypocondries d'apparition tardive.

La dynamique « régressive » intrique cependant du narcissisme de vie, de l'autoconservation, dans la mesure où il ne s'agit pas de mourir mais bien de « vivre quand même » (ce qui pourrait aussi s'appliquer à la démence sur laquelle nous travaillerons bientôt) :

1. Cité *in* M. Baudin (2005).

vivre malgré le corps vieillissant, malgré les pertes objectales et narcissiques… Dans ce « vivre quand même » qu'il faut faire savoir à l'autre, plus jeune, le corps habité (D. W. Winnicott) redevient étrange-étranger et semble être inhabitable pour l'âgé qui peut s'en sentir exclu dans la déliaison moi psychique/moi corporel. Ainsi le symptôme et la plainte hypocondriaques seraient tout à la fois une manière de désinvestir le corps (ce qui pourrait, en deçà, poser la question de la manière dont il a été préalablement investi) et de le réinvestir métonymiquement (*pars pro toto*) en un organe tout en s'en plaignant, façon d'en dire le resurgissement dans son étrangeté en même temps que l'investissement déçu. Il ressort de ces formulations qu'il s'agit, à travers le corps et l'organe, de l'histoire ancienne et toujours, voire plus que jamais du fait de la détresse, actuelle de la relation à l'objet maternel. La plainte hypocondriaque donne aussi à entendre la déception, une déception qui protège de la mélancolie en ce qu'elle ne renonce pas à l'espoir (J.-M. Talpin, 2009a) d'un mieux vivre tout en en revendiquant consciemment l'impossibilité, manière de se protéger d'une répétition de la déception. Cette affirmation est cependant à nuancer selon qu'il s'agit, dans la clinique, d'une plainte passagère (on peut alors parler de solution hypocondriaque d'appel, temporaire) ou d'une plainte enkystée, avec son lot de jouissance et de bénéfices secondaires. Cette distinction n'est pas de nature *a priori*, elle est après coup et dépend pour partie de la réponse, de l'écoute qu'aura ou non trouvée le sujet hypocondriaque. Dans cette logique, et à l'instar de ce qu'il en est pour le rêve ou la mélancolie, il est possible de parler d'un « travail de l'hypocondrie » (G. Pragier) qui permet un remaniement en période de transformation, un remaniement qui concerne au premier chef les intrications entre pulsion de vie, pulsion de mort et narcissisme.

La mise au travail psychique des patients hypocondriaques, qui suscitent le plus souvent lassitude, voire rejet et agressivité de la part de la famille, des autres résidents, mouvements contre-transférentiels négatifs, est difficile. Elle passe par l'acceptation d'écouter la

plainte, par la capacité d'entendre la détresse dans ses dimensions actuelles et archaïques. Elle peut aussi passer par des médiations qui mobilisent le corps, telles la relaxation ou des réalisations artistiques en individuel plutôt qu'en groupe, au moins dans un premier temps.

Dans ce chapitre, la perte et le deuil ont été abordés au regard des solutions hypocondriaque et psychosomatique qui, l'une comme l'autre permettent d'éviter la confrontation à la perte et à la position dépressive (nous verrons qu'il en va de même des démences séniles de type Alzheimer), les pathologies dépressives, qui font l'objet du chapitre suivant, s'inscrivant, elles, dans l'échec de la reprise et de l'élaboration de cette position.

Chapitre 6

Pathologies dépressives et pertes

Dans la perspective développée par J. Rouart, rappelons que les dépressions (terme qui sera bientôt précisé) apparaissent de manière privilégiée à partir de la crise du milieu de la vie, c'est-à-dire à partir du moment où il ne s'agit plus seulement de la mort d'autres investis mais aussi de la prise de conscience du travail de la mort en soi. Ainsi que le souligne J. Kristeva dans *Soleil noir*, la position dépressive n'est pas en soi pathologique, elle témoigne d'un questionnement existentiel sur la vie et son sens. La pathologie (dépressive ou mélancolique) s'installe lorsque le sujet pense qu'il n'existe pas de sens à sa vie, de sens en tant que signification mais aussi en tant que direction, ce qui renvoie à l'idéal que le moi se donne à lui-même pour vectoriser ses investissements.

Les sujets âgés confrontent le clinicien à une double difficulté, à un double risque contre-transférentiel. D'une part, celui de banaliser leur dépression sous la rationalisation qu'il n'est pas gai de vieillir, que les sujets âgés n'ont plus guère de raison de vivre (ce qui

est éminemment projectif) et qu'ils vivent de nombreuses pertes. D'autre part, celui de ne pas identifier ces dépressions car, ainsi que nous allons nous y arrêter, elles présentent souvent des symptômes discrets, plus ou moins atypiques.

Cette clinique exige donc du professionnel une réflexion approfondie sur le vieillissement et la vieillesse ainsi que sur les manifestations de ses représentations dans le contre-transfert mais aussi sur l'articulation entre différentes perspectives :

– La réalité des pertes, narcissiques et objectales. Ceci doit conduire à distinguer la tristesse inhérente au travail de deuil (car il existe aussi un risque d'effectuer une lecture du deuil « normal » en termes de pathologie dépressive[1]) de la tristesse pathologique (question d'intensité, de durée, etc.).

– La réactivation de la position dépressive qui est le creuset à partir duquel les deuils ultérieurs sont traités, sachant que cette position est remise sur le métier psychique lors de différentes étapes de la vie telles que l'adolescence, la crise du milieu de la vie, la crise de la vieillesse. Cette réactivation relance le bilan de vie et, en particulier, la confrontation du moi à son idéal.

Nous allons nous arrêter dans un premier temps sur la clinique des dépressions puis sur le travail de deuil et ses échecs quant aux pertes corporelles, cognitives ou objectales, avant de clore cette partie sur les mélancolies, leur équivalent tardif, le syndrome de glissement, et le suicide des âgés.

1. J.-M. Talpin (2009).

1. Les troubles dépressifs tardifs : classification et identification

La dépression recouvre un spectre large. L'approche psychiatrique distingue classiquement dépression réactionnelle et dépression endogène (qui renvoient en gros à des causes externes ou internes), mais on peut aussi parler de dépression névrotique, anaclitique et psychotique. D. Widlöcher parle de la dépression comme d'une entité transnosographique qui va du névrotique au psychotique, modèle déjà envisagé avec l'hypocondrie. Il propose un continuum dépressif qui s'inscrit dans les différentes structures, dans les différents modes d'organisation psychique, ce que je reprendrai autour de la question des blessures narcissiques constituées par le vieillissement et la vieillesse ainsi que par les pertes. Il importe dès à présent de souligner que ce n'est pas l'événement seul qui est blessant narcissiquement. Ce qui fait la blessure, c'est le terrain narcissique d'accueil de l'événement, de la perte, la manière dont ils sont ressentis, vécus, qualifiés dans les cas plus élaborés. Dès lors, il est essentiellement question de comprendre comment le sujet réagit à ces atteintes de son narcissisme. Ceci revient à dire que l'opposition réactionnelle/endogène ne tient pas. Il s'agit plutôt de repérer en quoi un événement (qui peut être difficilement identifiable pour le clinicien, voire pour le sujet lui-même), faisant blessure narcissique, va déboucher sur une réactivation de la position dépressive, sur un travail de deuil dans ses composantes narcissiques et objectales, ou sur une entrée dans une forme pathologique de dépression. Dans ce cas, cela signifie que le présent est entré en résonance, en après-coup, avec des deuils et des blessures narcissiques non élaborés qui reviennent sur le devant de la scène psychique dans l'attente inconsciente d'y être enfin symbolisés, ce qui est un des aspects de la compulsion de répétition qui participe pour S. Freud de la pulsion de mort. Selon ce qui entre en résonance du passé avec le

présent du vieillir, selon le type des angoisses majoritairement réactivées, selon les défenses aussi, les formes symptomatiques vont varier. Elles pourront renvoyer, dans un registre névrotique, à cette blessure narcissique que furent la limitation de la toute-puissance (cf. ci-dessus) et la rencontre avec la castration ; elles peuvent aussi renvoyer aux angoisses d'abandon, à la présence inadéquate de l'objet (en trop ou pas assez), conduisant à des souffrances narcissiques limites et à des problématiques liées à l'attachement ; elles peuvent encore renvoyer à la lignée mélancolique, avec ce que cela comporte d'effondrement mais aussi dans certains cas d'éléments délirants, de passage à l'acte et de mise en danger vital. Même si j'ai proposé qu'il faille surtout tenir compte des effets d'après-coup, il n'en est pas moins vrai que certaines pertes, certains changements, ont une potentialité traumatique particulièrement importante, à la mesure des investissements narcissiques qui les sous-tendent : ainsi du veuvage, et, plus encore, de la mort d'un descendant (enfant, petit-enfant), ainsi encore du départ du logement pour une entrée en institution.

Les symptômes de la dépression vont de la perte de dynamisme, de l'expression d'idées tristes, à l'acte suicidaire. Les principaux symptômes sont la tristesse, le ralentissement psychomoteur et les troubles somatiques (perte de l'appétit, difficulté de sommeil). Il convient souvent d'ajouter une vie affective éteinte, des idées de dévalorisation. Cependant, dans la vieillesse, la clinique dépressive est souvent difficile à identifier car les symptômes sont peu bruyants, le sujet âgé vivant dans une forme de repli qui est considéré par certains professionnels ou membres de la famille comme normale. De plus, nombre de ces sujets rationalisent de manière convaincante pour les proches leur isolement : difficultés motrices, crainte par rapport au monde vécu comme dangereux, etc. L'alerte est souvent longue à être donnée, généralement lorsque des signes plus visibles et inquiétants apparaissent : fort amaigrissement, manque important d'hygiène, etc. Ceci explique en partie (cf. plus loin) le nombre important de suicides de sujets âgés.

Après cet état des lieux, penchons-nous plus précisément sur la question des pertes, du deuil et de la dépression.

2. Pertes et dépression

Dans ce chapitre, nous aborderons d'abord la perte des objets d'amour, en appui sur le modèle freudien du deuil. Dans un second temps, nous approfondirons ce qui se joue lors de la perte des fonctions corporelles ou cognitives du sujet, ce qui renverra de manière centrale à la dimension narcissique de la perte et du deuil lié à la question du deuil de soi, en partie ou en tout. Dans un troisième temps nous nous arrêterons sur la perte du domicile, le plus souvent lié à l'entrée en institution.

2.1 Pertes d'objets d'amour, deuil et dépression

Lorsque l'on rencontre un âgé endeuillé, il importe de ne pas transformer le deuil en pathologie, ainsi que risque de le faire penser le DSM 5 dans lequel être triste plus de quatre semaines après un deuil devient un signe pathologique susceptible de conduire à la prescription d'antidépresseur : nous voyons là l'effet conjugué des intérêts de l'industrie pharmaceutique et de l'évitement de tout prix de la tristesse, dont la fonction et l'expérience sont pourtant indispensables à la vie psychique. Plusieurs critères sont à prendre en compte : la qualité de l'objet perdu pour le sujet ainsi que la nature et la qualité du lien ; le temps écoulé depuis la perte ; la culture de référence le cas échéant. Dans les suites de la perte d'un objet d'amour, il est normal d'être triste, de perdre le goût des choses, de s'isoler, d'avoir des difficultés de sommeil ou de l'appétit. C'est alors plutôt l'absence de ces manifestations qui est inquiétante, témoignant soit d'un déni, soit de défenses maniaques, soit encore d'un deuil gelé qui peut être

réactivé après-coup à l'occasion d'une autre perte. À cet égard, il convient aussi de prendre en compte dans la réaction de l'endeuillé la dimension cumulative des pertes.

En effet chaque perte, chaque travail de deuil, sont marqués par ceux qui ont précédé, par l'élaboration comme par ce qui n'a pas été élaboré, et constituent autant de points de souffrance prêts à se réactiver.

Le travail de deuil suppose de revisiter les souvenirs afin d'en « arracher » la libido, écrit S. Freud dans « Deuil et mélancolie ». Il passe aussi par le clivage de l'objet perdu qui est fréquemment idéalisé, ce qui le met temporairement à l'abri des attaques agressives de la part du sujet (il n'est pas rare que les veufs en veuillent à leur conjoint « d'être parti le premier »). Ce temps peut aussi être marqué par la culpabilité : A-t-on fait ce qu'il fallait pour l'objet ? A-t-on le droit de lui survivre, et plus encore de prendre du plaisir à vivre ? Dans un fonctionnement qui devient pathologique, la culpabilité prend le dessus, au risque de la mélancolie. Cette culpabilité peut aussi porter sur le fait même de mener un travail de deuil, le figeant au moment où des objets à investir sont envisagés. Le point de bascule le plus sensible est celui du début du mouvement principal de sortie du deuil : le réinvestissement. En effet, pour S. Freud, le travail de deuil va vers son achèvement lorsque le sujet commence à investir de nouveaux objets, de même nature ou d'une autre nature (remplacer par exemple un conjoint par un groupe amical, par des activités, etc.), dans un processus de déplacement de l'investissement, non seulement objectal mais aussi narcissique. Avec les sujets âgés, la phase de nouveaux investissements est la plus difficile, se masquant souvent derrière la rationalisation suivante : il n'y a plus d'objet à investir. Qu'est-ce à dire sinon qu'il faudrait que l'objet soit à l'identique de l'ancien (ou de soi) alors que précisément les personnes de la même génération deviennent de plus en plus rares ? Il y a là souvent une manière de protection : l'âgé se défend d'investir un contemporain de son âge car ce faisant il prendrait le risque

de la perte. Ainsi voit-on dans les institutions combien les investissements portent plus sur les soignants que sur les autres résidents, sans doute car ces soignants ont du pouvoir, mais aussi parce qu'il y a de fortes probabilités qu'ils vivent plus longtemps que les résidents. Cette difficulté de déplacement de l'investissement signe aussi l'importance de la part narcissique dans l'investissement de l'objet perdu, part la plus difficile à déplacer, sinon dans la mobilisation du travail de la mélancolie (B. Rosenberg) et du travail du masochisme. Lorsque l'objet est le conjoint, la dimension narcissique concerne plusieurs enjeux. D'une part, celui inhérent à la dimension narcissique de tout couple. D'autre part, celui lié à l'autre comme dépositaire de l'histoire d'une vie, de tant de souvenirs mis en partage, voire de l'autre comme porteur d'une part de la mémoire, de l'histoire du sujet. L'enjeu narcissique atteint probablement son apogée dans la mort d'un enfant ou petit-enfant : en effet, celui-ci est porteur d'une part d'immortalité de soi, d'une part de soi qui aurait dû survivre dans ce descendant qui, finalement, disparaît avant l'âgé. Il est alors particulièrement difficile, voire en partie impossible, d'effectuer un déplacement de l'investissement, la culpabilité, et souvent la honte de vivre encore, étant alors trop fortes.

Si la logique dépressive se révèle dans le fantasme du sujet qu'il n'y aurait plus d'objet à investir, c'est-à-dire au fond plus d'objet excitant, elle se révèle aussi dans la crainte du moi de s'appauvrir en libido, crainte rationalisée par certaines théorisations du devenir de la libido dans la vieillesse. Certains sujets âgés se réorganisent autour de la crainte de l'épuisement, comme si la libido était un trésor limité qu'il conviendrait d'économiser tardivement (sans doute dans l'espoir de ne jamais mourir). Ceci témoigne du refus de prise en compte de la dimension de recharge libidinale que permet le commerce avec les objets investis. Ce fantasme d'épuisement dit surtout alors qu'une grande partie de la libido est immobilisée afin de pallier les pertes libidinales provoquées par les pertes d'objet d'amour et de pourvoir aux besoins libidinaux du moi. Il s'agirait

pour ces sujets de ne plus bouger pour figer le temps autour d'eux, en quelque sorte de ne plus vivre pour ne pas mourir, logique que nous retrouverons aussi, de manière décalée, dans les démences.

Pour qu'un travail thérapeute puisse s'engager, il faut que le psychiste soit investi, qu'il soit considéré comme un objet à investir et que le sujet s'y autorise. Dans sa posture professionnelle, le psychiste se propose comme objet à investir. Tout ceci est tout à fait classique mais doit être entendu à la lumière de ce qui a été avancé précédemment. Un des éléments qui favorise le transfert, qui est une des manifestations les plus visibles de l'investissement, est la différence d'âge, le plus souvent de génération, entre l'âgé et le professionnel : la jeunesse du psychiste peut être vécue comme une garantie du fait qu'il vivra plus longtemps que l'âgé (qui n'aurait donc pas à en redouter la mort) ; cette différence et cette croyance de survie du psychiste mobilisent aussi fréquemment des enjeux autour de la transmission à des fins de préservation (J.-M. Talpin, 2003 a et b). Mais parfois cet objet à investir peut aussi entraîner une flambée pulsionnelle.

Mme Gertrude (veuve depuis une dizaine d'années et âgée de 81 ans) est suivie en CMP suite à un épisode dépressif. Elle rencontre le psychologue et bénéficie de la visite à domicile d'une infirmière une fois par semaine. Suite à deux absences successives aux entretiens, l'infirmière vient en parler au psychologue car Mme Gertrude lui a confié qu'elle ne voulait plus voir le psychologue car il avait eu une attitude ambiguë avec elle : alors qu'elle allait sortir du bureau, le psychologue lui demanda si elle allait profiter du beau temps pour faire une promenade. Paniquée, elle a pensé qu'il s'apprêtait à lui proposer de venir se promener avec elle et lui a répondu qu'elle avait un autre rendez-vous et qu'elle n'irait pas se promener. Cette femme, qui n'a pas souhaité rencontrer d'autre homme depuis son veuvage, manifeste là projectivement son désir inconscient, totalement dénié, de rencontrer un homme et le transfère sur l'homme qui est disponible pour elle, est attentif, dit qu'il trouve important que les rendez-vous soient hebdomadaires, ce qui fait chauffer le transfert au point d'effrayer Mme Gertrude. Mme Gertrude, sur l'invitation de l'infirmière, accepta de revoir le psychologue une fois pour lui expliquer qu'elle n'avait plus besoin de lui !

2.2 Pertes de parties de soi, deuil et dépression

Le deuil de soi ou du moins d'une partie de soi relève d'une logique à distinguer de celle du deuil d'un objet. Ce deuil peut porter sur la perte d'une partie de la motricité, de la perception, des fonctions cognitives. En effet, peut-on considérer qu'une partie (somatique ou psychique) de soi peut être traitée comme un objet ou une abstraction, ce qui supposerait qu'elle soit investie comme telle ? Je ne le pense pas.

Le deuil du corps et plus particulièrement de l'étayage du psychisme sur le corps est à penser selon deux niveaux :

– étayage archaïque tel qu'il a été pensé par S. Freud (1905), affiné par J. Laplanche (1970) et R. Kaës (1984) et, dans une autre perspective, par D. W. Winnicott qui proposa l'idée d'habiter son corps (1988) ; par D. Anzieu (1985) dans son travail sur le moi-peau et les enveloppes psychiques dérivées des expériences corporelles et en particulier sensorielles ; par C. Dejours (1988, 1989) enfin (mais la liste pourrait être plus longue…) avec le concept de subversion libidinale ;

– étayage actuel construit sur fond d'étayage archaïque et qui perd de son évidence dès lors que le corps défaille.

Faire le deuil de soi serait se préparer à la mort, voire faire le mort. Faire le deuil de soi ou d'une partie de soi suppose un nécessaire clivage du moi, celui-ci ne pouvant totalement faire le deuil de lui-même, d'une part car la partie du moi ancrée dans le ça, sa partie la plus profondément inconsciente (S. Freud, 1923), est irreprésentable ; d'autre part car il faut toujours une partie du moi qui puisse faire le deuil, partie qui peut s'enrichir du travail effectué.

Alors que le narcissisme, aux prises avec la pulsion de mort, pourrait s'auto-saborder, une nouvelle liaison, à partir de la perte, de la pulsion de vie peut stopper ce travail et permettre la création d'un nouvel équilibre, y compris pathologique, par exemple dans l'hypocondrie ou dans la démence. Ce deuil de soi peut aussi se réaliser,

selon d'autres modalités, parce que certaines parties de soi sont déposées, *via* la transmission psychique aux différents âges de la vie, dans des objets et/ou des cadres institués. Quoi qu'il en soit, ces équilibres demeurent précaires, un nouveau traumatisme, une nouvelle perte pouvant entraîner l'effondrement de ces fragiles constructions (C. David, 1996). Selon la massivité des traumas (ce qui est toujours subjectif) et selon la solidité et la souplesse (capacité à jouer) de l'organisation psychique et des mécanismes de compensation, le moi peut « tenir » ou au contraire céder et devenir incapable de traiter le trauma à son niveau d'élaboration le plus fin, dans la mesure où il est alors envahi par des angoisses archaïques (abandon, persécution, néantisation, etc.).

Le travail de deuil de soi, lorsqu'y dominent les forces de vie, est un mouvement en même temps de séparation d'avec les parties abîmées de soi et de concentration : le sujet s'y recentre sur les éléments les plus fondamentaux, fondateurs de lui-même. Dès lors, ainsi que le souligne C. Balier (1979), il ne s'agit plus pour lui, comme dans sa jeunesse, de s'imposer à ses propres yeux ou à ceux d'autrui mais de retrouver en soi le parent préféré en un mouvement d'idéalisation de celui-ci, idéalisation salvatrice tout à la fois de l'objet et du sujet, l'un et l'autre étant abîmés par le vieillissement, son cortège de pertes et la mort (qu'elle soit déjà advenue ou encore à venir). Cette idéalisation de l'objet parental se repère soit directement dans le discours, soit dans un transfert idéalisant sur le thérapeute et/ou sur le cadre institutionnel. Je propose ainsi un modèle en trois temps : dans un premier temps, la mère veille sur l'enfant ; dans un deuxième temps, celle-ci est internalisée, une part du narcissisme tient la place de la mère et veille sur le moi ; dans un troisième temps, celui de la vieillesse – le narcissisme, en particulier du fait de sa déliaison, le plus souvent partielle, d'avec la pulsion de vie sous les assauts de la pulsion de mort – ne parvient plus à remplir ce rôle de protection du moi qui n'a d'autre issue que de réactiver l'objet interne en l'idéalisant et, dans certains cas, en le transférant massivement sur des objets externes de

dépendance. Si, ainsi que l'affirme A. Green (1983a), seul le discours du transfert objectal est analysable, on voit bien les difficultés du travail thérapeutique avec des âgés pris dans un transfert narcissique dans la mesure où l'objet n'y existe plus guère que comme témoin qui ne doit pas bouger de la place à laquelle il a été assigné, nous l'avons vu au sujet de l'hypocondrie et nous y reviendrons quant au transfert et à la transmission psychique tardive (en conclusion).

Ainsi le deuil de soi, découlant des pertes du sujet en ses objets, en ses cadres, en son corps, en son fonctionnement mental (en particulier cognitif), conduit le moi à réactiver l'auto-clivage (S. Ferenczi, 1931-1932) afin de se protéger. Ce faisant, le moi se sépare de parties de lui-même, ce qui le conduit à se recentrer sur l'essentiel, autrement dit à se tenir au plus près du self, instance fondamentale du narcissisme qui est indissolublement lié à l'objet maternel primaire, ce qui peut être fort douloureux, voire menaçant, selon les expériences singulières. Il en ressort *in fine* que, dans la vieillesse, le narcissisme sera plutôt de vie ou de mort (A. Green, 1983a) selon que la qualité de présence de l'objet primaire aura été ou non suffisamment bonne, ceci sans oublier les remaniements ultérieurs en appui sur l'environnement, ainsi qu'y insiste D. W. Winnicott.

Ce qui est là en jeu de manière centrale est la capacité de la mère à protéger le sujet de la mort, telle qu'elle apparaît aux différents temps de la vie du sujet, comme expérience de la mort psychique. Cette mère qui a protégé (ou pas) dans l'enfance, dans le temps où prévalait l'*Hilflosigkeit*, et quand bien même elle est maintenant morte (ce qui signifie pourtant qu'elle n'a su elle-même se protéger de la mort : pointe là le fantasme de toute-puissance, comme si le psychique pouvait empêcher la mort), est convoquée pour protéger maintenant le sujet âgé de la mort ou, du moins, pour l'accompagner et défléchir sa dimension la plus traumatique, ainsi que j'ai pu le développer dans une analyse du remarquable ouvrage de P. Roth, *Un homme* (2008). Une situation clinique va permettre de déployer ces propositions théoriques.

Jean est hospitalisé suite à un épisode dépressif. Ce bel homme d'un peu plus de 80 ans commence l'entretien en me disant qu'il est en fin de vie, ce qui me surprend car l'équipe n'a pas mentionné cela lorsqu'elle m'a sollicité pour le rencontrer. J'apprendrai ensuite que tel n'est pas le cas (du moins tel qu'on entend souvent cette formule dans le sens d'une mort très proche et prévisible médicalement). Au fil des premiers entretiens, je comprends que Jean, veuf depuis une dizaine d'années, aimait fréquenter les thés dansants. Il y vérifiait sa séduction tout en demeurant fidèle à sa femme (morte). Un cancer de la prostate le conduisit à une intervention. Il n'y avait pas de métastase, donc pas de risque vital mais l'opération entraîna, comme assez souvent, une impuissance qui était insupportable pour Jean. Dès lors, il pensa que ce n'était plus la peine d'aller aux thés dansants, qu'il allait mourir.

Cette situation appelle une interprétation à deux niveaux. D'une part, l'opération et sa conséquence (l'impuissance) réactivent, comme cela est souvent le cas, l'angoisse de castration : si, à l'en croire, Jean n'avait jamais eu de relation sexuelle avec une femme depuis son veuvage, il n'en demeurait pas moins qu'il jouissait, dans la danse, de cette potentialité et de ce qu'il vivait comme son intégrité psychique. Un travail de deuil était donc à effectuer quant à une partie du corps, concernant tout à la fois la réalité d'un organe fonctionnel et la potentialité d'une relation amoureuse et de sa réalisation sexuelle. En arrière-fond était probablement présente la honte de se présenter impuissant à une femme. D'autre part, la rencontre avec la défaillance du corps (cancer puis impuissance) rendait visible pour Jean le travail de la mort en lui. Il y réagit en tout ou rien : s'il n'était plus comme avant, s'il perdait son intégrité (ce qui témoigne d'un fort enjeu narcissique), il était déjà presque mort et ne se définissait plus que comme être pour la mort.

Le suivi psychothérapique, inséré dans un soin hospitalier psychiatrique, le conduisit à solliciter une entrée en maison de retraite. Il s'identifiait aux vieux, demandait à être porté institutionnellement dès lors qu'il lui semblait que, du fait de ses défaillances, il ne pouvait plus se porter lui-même. Ceci demanda un travail de l'équipe sur elle-même car elle pensait (objectivement à raison) que Jean aurait pu retourner vivre chez lui. Il fallut donc à cette équipe abandonner une part de son idéal et de son idéalisation de Jean pour entendre la demande d'étayage de celui-ci. Les infirmiers du secteur psychiatrique qui lui rendirent visite quelque temps rapportèrent qu'il s'était bien adapté au lieu qu'il avait choisi et qu'il était vécu comme un « joli cœur » par les dames du service. Un

réinvestissement avait donc été possible, au prix ou grâce à un renoncement à une autonomie plus importante : pour réinvestir la séduction, Jean avait dû déposer sa dépendance dans le cadre d'une institution gériatrique qui, de plus, aménageait des rencontres avec d'autres personnes, elles aussi dépendantes de l'institution. Le travail de deuil fut relancé à partir d'un épisode dépressif suffisamment grave pour entraîner une hospitalisation. Durant celle-ci, Jean sut se saisir des différentes propositions qui lui furent faites, ce qui témoignait de la dépression comme symptôme en attente d'une prise en compte de sa souffrance et des solutions qu'il sut inventer.

Le deuil de parties de soi concerne donc tout à la fois la spécificité de ce qui est perdu en tout ou en partie (un organe, une fonction corporelle ou psychique, etc.) et la capacité à se ressaisir de soi avec ces transformations imposées du dehors par le soin et du dedans par le corps. Ce deuil concerne aussi, plus globalement, la prise de conscience du travail concret, perceptible, de la mort en soi, dans le corps ou dans l'esprit.

2.3 Perte du domicile et nouveau lieu de vie

Les âgés, le plus souvent lorsqu'ils deviennent dépendants sur le plan moteur, sensoriel et/ou psychique, peuvent être amenés à quitter leur domicile que nous considérons, dans la lignée de travaux comme ceux d'A. Eiguer sur l'inconscient de la maison, comme extension du moi. Dès lors la perte du domicile peut être pensée comme un deuil partiel (cf. la sous-partie précédente).

Il convient de distinguer différentes configurations qui mobilisent des enjeux psychiques spécifiques car il ne s'agit pas des mêmes pertes. Ce qui est commun est la question de la reconnaissance par l'âgé (seul ou en couple) du fait qu'il rencontre des difficultés suffisamment sérieuses pour se demander s'il peut continuer à vivre à son domicile actuel, y compris avec des aides. Ceci vient mobiliser un travail de reconnaissance des pertes propres et donc de deuil d'une certaine image de soi, d'un investissement narcissique de soi comme

(suffisamment) autonome. Cette reconnaissance est généralement chargée d'ambivalence et mobilise très souvent le conjoint et/ou la famille, inquiets.

La prise de conscience et la reconnaissance de ces difficultés sont souvent longues, elle mobilise des mouvements psychiques contradictoires pour le sujet et au sein du couple et/ou de la famille. Ceci passe souvent par des temps conflictuels, le sujet minorant ses difficultés face aux pressions et angoisses des proches, qu'ils soient familiers ou professionnels. L'implication du sujet dans la décision est un élément important pour la suite, tant par rapport au travail de deuil que par rapport à l'investissement du nouveau lieu de vie. L'âgé recourt fréquemment à la projection (les autres ont décidé pour moi) ou, dans la logique de l'appareillage psychique familial, à la délégation (J.-M. Talpin, 2004a).

Dans la première situation, le sujet est amené à quitter son lieu de vie pour un autre, plus adapté (plus proche des commerces, sans escalier…). Si le sujet perd là un lieu porteur de mémoire personnelle et familiale, il vit toujours dans un lieu qui lui est propre et témoigne qu'il peut encore vivre seul, avoir un réel chez lui, ce qui est très important narcissiquement.

Une situation intermédiaire avec la suivante est celle dans laquelle l'âgé va vivre chez des proches : c'est souvent chez l'un des enfants, parfois aussi avec un frère ou une sœur lui-même seul.

Dans la seconde situation le sujet va quitter son domicile pour un lieu de vie collectif. Le deuil est alors double. D'une part il est celui d'un lieu chargé de parts de son histoire, d'un lieu porteur de parts symbiotiques de sa personnalité, d'un lieu contenant certaines de ses angoisses (si le chez soi est vécu comme sécurisant, ce qui est parfois mis à mal par exemple suite à une effraction). D'autre part il est celui d'un lieu à soi, témoignant de son autonomie suffisante. De plus ce deuil douloureux se double de la difficulté à investir un lieu de vie collectif, plus ou moins choisi tant il est fréquent que les listes d'attentes soient longues et que le sujet aille dans le premier établissement où

une place est libre. En outre, ce lieu de vie collectif renvoie en miroir à l'âgé l'image de lui dépendant, relevant de la même catégorie que les autres accueillis, ce dont beaucoup se défendent lors de leur arrivée. L'investissement du nouveau lieu de vie, de l'espace propre (qui est de surcroît réduit par rapport à l'espace antérieur) est un indice important du travail de deuil effectué par le sujet ainsi que de la restauration narcissique qu'il a pu effectuer. Si ce travail dépend pour une part des ressources internes du sujet, et ce alors même qu'il est confronté à ses difficultés et aux angoisses plus ou moins archaïques ou élaborées qu'elles mobilisent, il dépend aussi pour une autre part du cadre et des dispositifs mis en place par le lieu d'accueil. Ainsi certains mettent en place une proposition systématique d'entretiens quand d'autres proposent un groupe d'accueil à même de favoriser les liens entre résidents.

Le deuil du domicile propre et l'investissement du lieu de vie collectif sont favorisés dans deux situations principales :

– lorsque le domicile propre était devenu un lieu angoissant, soit parce que, suite à un veuvage, il rappelle trop la mort du conjoint, entravant alors le travail de deuil, soit parce que l'âgé s'y vit en danger, par exemple suite à une chute ou à une agression.

– lorsque le domicile collectif est le fruit d'une élaboration groupale dont les sujets vieillissants sont les acteurs : ainsi par exemple des Babayagas, de coopératives au modèle autogestionnaire : les âgés sont copropriétaires, ont la garantie de pouvoir rester jusqu'à leur mort, et partagent des espaces collectifs garants d'une sociabilité et donc d'investissements choisis.

Dans ces deux situations, la dimension collective ne renvoie pas à une foule abstraite et subie mais bien à un groupe, avec ce qui cela suppose d'investissement pulsionnel participant au travail de deuil de ce qui a précédé. En outre, participe à ce travail le partage d'un idéal commun à même de soutenir ou relancer le narcissisme.

Ainsi que cela a pu être développé, la dépression témoigne d'une difficulté à faire le deuil de ce que l'on a été et de ce que l'on a eu ou cru avoir (et qui est généralement idéalisé après-coup). Elle témoigne aussi de l'écart, alors important, entre l'idéal du moi et le moi actuel, ainsi que du désir de vivre mieux, autrement, d'être préservé des atteintes du temps, de l'âge. En ce sens, elle désigne la forte mobilisation libidinale pour protéger le moi d'une véritable hémorragie. Si le sujet dépressif semble ne plus avoir d'énergie, de libido, ce n'est pas parce que celle-ci est épuisée mais parce qu'elle est mobilisée (et immobilisée de ce fait) par le sujet en ses points de souffrance. Dès lors qu'un travail psychique est entrepris, qu'une prise en charge se met en place (entretiens, traitement médicamenteux, hospitalisation, etc.), une part de cette libido redevient disponible : elle sera investie dans la thérapie puis, petit à petit, en dehors de celle-ci, à moins qu'elle ne soutienne une plainte complaisante vis-à-vis du passé (nostalgie), de soi, de son corps (hypocondrie), etc.

3. Mélancolie, syndrome de glissement et suicide

Dans un certain nombre de cas, le sujet semble véritablement rattrapé par la mort, par une mort qu'il a tenue à distance jusqu'alors. Trois manifestations, que nous allons développer, peuvent alors se présenter : la mélancolie, le syndrome de glissement et le suicide.

Cliniquement, la mélancolie peut recouvrir différentes formes. Vont y prédominer les idées tristes, qui ne sont pas forcément verbalisées du fait de l'inhibition. En effet, celle-ci est très marquée, allant d'un fort ralentissement psychomoteur à une perte radicale de l'élan vital, le sujet pouvant rester alité (ce qui dans la vieillesse peut être source d'effets secondaires graves : escarres, problèmes de transit digestif, phlébites, etc.). Les troubles du sommeil sont fréquents, de

la modification du rythme à l'hypersomnie ; les troubles de l'alimentation aussi, en particulier sous la forme du refus de se nourrir (le terme d'« anorexie » pouvant ici prêter à confusion). Dans un certain nombre de cas, ce tableau clinique s'accompagne d'autoaccusations, d'éléments délirants souvent centrés sur un sentiment d'indignité pour des fautes inventées ou autour du corps. Cela peut aller jusqu'au syndrome de Cotard : le sujet a le sentiment que son corps pourrit, qu'il perd ses organes… Il s'agit alors d'une forme d'hypocondrie délirante. Ainsi que nous l'avons vu plus haut, l'organe désigné peut servir à commémorer une perte dont l'objet est ainsi incorporé, ce qui est le propre du destin de l'objet dans la mélancolie.

Le syndrome de glissement est spécifique au champ gériatrique et a fait l'objet de nombreuses discussions quant à la pertinence de le maintenir comme entité. Il se caractérise par un désinvestissement massif de tout ce qui a trait à la vie par le sujet âgé qui est dans une forme de refus (actif et radical) : refus de communiquer, de se lever, de manger, de boire, d'uriner ou de déféquer (ce qui le met rapidement en danger). Il y a dans ces tableaux une forte détermination mais aussi le plus souvent une absence de manifestation d'affect. Le sujet veut en finir, cela se traduit sur les plans psychomoteur et psychosomatique. Longtemps le syndrome de glissement a été pensé comme irréversible (ce qui le rendait effectivement irréversible). Or une prise en charge de type « nursing intensif » dans un premier temps permet à un certain nombre de sujets de sortir de cette logique mortifère. Comme dans la mélancolie, ce qui est questionné est la place que le sujet a pour l'objet primaire et pour ses substituts, la manière dont ceux-ci l'investissent. Le nursing agit la préoccupation maternelle primaire ; ce n'est que dans un deuxième temps qu'un travail de parole peut être proposé, et par rapport aux enjeux primaires, et dans une reprise d'un tel épisode. Dans la mesure où il n'est pas accompagné d'éléments délirants, ni souvent de verbalisation, le syndrome de glissement questionne les professionnels contre-transférentiellement sur le sens de la vie, le droit de refuser de vivre lorsque

l'on est vieux… Or le fond de la question n'est pas chez celui qui la pose (ou affirme par l'acte son désir de mourir) mais chez celui qui la reçoit : Qu'en est-il, pour le professionnel, pour tel membre de la famille, de son désir que l'âgé vive ? Ceci renvoie chacun au fait que sa vie tient au désir d'autres que lui : ses parents dès la conception mais aussi dans la manière dont ils ont pris (ou non) soin de lui durant son enfance, son adolescence.

Au début de ce chapitre, il était question d'une mort un temps tenue à distance et qui ne l'est plus. Nous rejoignons là le modèle de la crainte de l'effondrement proposé par D. W. Winnicott et celui de la mélancolie développé par R. Roussillon en appui sur S. Freud. Dans son article « La crainte de l'effondrement », D. W. Winnicott montre que la crainte d'un effondrement psychique à venir par le patient en analyse concerne en fait un effondrement qui a déjà eu lieu, qui a été clivé et qui cherche maintenant à être intégré psychiquement (R. Roussillon). Il en va de même de la mort, l'effondrement étant une des modalités de représentation de la mort psychique. Dans « Deuil et mélancolie », S. Freud écrit que l'ombre de l'objet est tombée sur le moi, ce que R. Roussillon développe en proposant que cette ombre est celle d'un objet absent, celle qui occupe le regard de l'objet maternel lorsque la mère est face à l'enfant mais que celui-ci ne s'y voit pas (ne s'y reflète pas ainsi que le propose D.W. Winnicott), mais y voit la détresse de la mère, ce qui est source d'une grande détresse psychique. L'enfant ampute (clivage au moi pour R. Roussillon) de cette expérience destructrice son self en construction. Dès lors, l'objet peut être incorporé, revenir sous la forme d'un surmoi cruel. Dans la mélancolie, le sujet, qui a incorporé l'objet perdu, retourne contre lui-même, cruellement, la haine qu'il destinait à l'objet, primairement défaillant.

En somme, dans la mélancolie ou dans le syndrome de glissement, il importe de ne pas se laisser enfermer dans l'actualité de la proximité de la mort (du fait des pertes ou du grand âge) mais de mettre celle-ci (sous ses différentes formes) en perspective avec les expériences

précoces de rencontre avec l'absence ou la haine non transformées (la sienne et celle de l'objet). Dès lors, le travail thérapeutique ne peut être seulement un travail sur les contenus psychiques (et leurs interprétations) ; il doit aussi être, fondamentalement, un travail de contenance, un travail de présence attentive et réfléchissante à cet autre qui risque sinon, cette fois, de disparaître effectivement. Ceci renforce ce qui a été évoqué plus haut quant à ce que mobilise pour chaque professionnel la rencontre avec les âgés : des mouvements de rejet, de dégoût, peuvent aisément renforcer la dévalorisation profonde déjà vécue par le sujet.

Si le suicide peut s'inscrire dans la lignée mélancolique, il peut aussi participer à d'autres logiques. Avant de les repérer, soulignons que la vieillesse est la période à laquelle on se suicide le plus, la courbe des suicides augmentant régulièrement avec l'âge. De plus, à tous les âges, le suicide est très majoritairement masculin, à l'inverse de la tentative de suicide[1].

Chiffres pour 100 000 en 2002	25 à 34 ans	75 à 84 ans	85 ans et plus
Homme	26,1	60,3	124,3
Femme	6,7	14,8	20,5

Soulignons encore que, depuis le début du XXIe siècle, le nombre de suicides, et particulièrement celui des âgés, baisse régulièrement, du fait d'une politique de prévention et de meilleures prises en charge de la souffrance psychique, surtout dépressive, des âgés.

Ce qui caractérise aussi le suicide des âgés est l'effondrement du ratio tentatives de suicide / suicides réussis. En effet, les tentatives, qui ont avant tout une fonction de signal de détresse, donc d'appel, deviennent plus rares alors que les suicides réussis deviennent majoritaires. Longtemps ceci s'expliqua par le recours à des méthodes plus « efficaces » et plus violentes (armes à feu, pendaison, défenestration,

1. Chiffres de l'Inserm cités sur le site ciapa.com

noyade). Actuellement, les suicides médicamenteux sont nombreux mais les doses et les produits ingérés assurent la mort. Si le suicide peut toujours être pensé comme un message, la mort comme but atteint laisse à penser qu'il n'y a plus d'espoir soit d'être entendu par un objet, soit, plus radicalement, que de toute façon aucun objet n'y peut rien. Ainsi plusieurs raisons se conjuguent pour arriver à un tel taux de suicide : le fait de se retrouver seul, la crainte de la maladie, de la démence, de la dépendance, du placement en institution (lieu dans lequel des âgés se suicident aussi). Sur le fond, et malgré les théorisations en termes de suicide philosophique, dominent le désespoir, le sentiment de l'inéluctable, l'absence d'horizon, autrement dit une mise à mal de l'idéal du moi qui semble soit vide, soit inatteignable, comme si le moi n'avait pas pu ou su, dans la vieillesse et en fonction de ses identifications y compris tardives, se donner de nouveaux objets d'investissement qui prendraient en compte les réalités du vieillissement. Mais, à côté de cette logique dépressive et parfois mélancolique, l'âgé étant alors en quelque sorte entraîné par l'objet mort dans la mort, existe une autre logique qui relève cette fois d'une position active, d'un désir de maîtrise de la mort et d'évitement de la vieillesse et des castrations, des pertes, des deuils qu'elle suscite. C'est bien là que peut éventuellement s'engager un travail psychothérapique, souvent inscrit dans une prise en charge pluri-professionnelle plus large.

Si les dépressions ont une affinité particulière avec l'âge à partir de la crise du milieu de la vie puis des crises ultérieures, il n'en demeure pas moins qu'apparaissent aussi tardivement d'autres modalités de fonctionnement psychique qui entrent dans le champ de la psychopathologie, nonobstant leurs fonctions dans l'économie singulière des sujets. Avant de développer les troubles démentiels, spécifiques de l'âge avancé, nous allons envisager les troubles d'allure psychotique.

Chapitre 7

Troubles d'allure psychotique d'apparition tardive

Deux remarques préalables s'imposent sur l'expression « troubles d'allure psychotique », puis sur cette qualification lors d'émergences tardives. Le choix de cette expression vise à éviter un diagnostic structural trop rapide (cf. les réserves développées plus haut sur cette conceptualisation de la psychopathologie), et, plus fondamentalement, à souligner que les symptômes présentés (en particulier délire, hallucination) ne suffisent pas à conclure à une structure de personnalité psychotique. En effet, dans la continuité de ce qui a été précédemment développé, il semble plus juste de penser que ces symptômes sont d'abord à considérer comme des solutions créées par les sujets en un temps de crise de leur vie : à ce titre, ils témoignent de l'expression de leur monde interne tel qu'il est mobilisé, sollicité, mis à l'épreuve, par le monde externe (et réciproquement au demeurant). Le recours à ce type de symptôme ne permet pas de présumer d'une structure de personnalité mais d'en repérer des lignes de fragilité révélées par les problématiques du vieillissement. Un élément

important de diagnostic différentiel (le diagnostic, toujours révisable, est utile en tant qu'hypothèse pour orienter les psychothérapies mais aussi, plus largement, les prises en charge institutionnelles) concerne l'évolution dans le temps des symptômes et des sujets qui en sont les créateurs. Ainsi certains disparaissent-ils assez rapidement, en particulier à l'occasion d'une prise en charge psychothérapique et/ou institutionnelle, alors que d'autres personnalités s'organisent durablement autour d'eux.

Les troubles psychotiques d'apparition ancienne, relevant d'une autre logique, font l'objet d'un chapitre spécifique à la fin de cet ouvrage.

1. Délire et hallucination

Dans la logique de ce qui précède seront distingués les épisodes délirants ou hallucinatoires de courte durée et ceux qui réorganisent la personnalité et s'y structurent, sachant que ce « destin » tient moins à ce que l'on appelle classiquement le « génie de la maladie » qu'à l'accueil qui est fait au sujet souffrant et au travail de transformation, d'élaboration, d'intégration psychique qui peut s'y effectuer.

Les troubles dits « réversibles » (à court terme) sont parfois très proches de ce qui sera développé dans le deuxième point : les confusions ou épisodes confusionnels. Fondamentalement, la réversibilité ne relève pas de la nature intrinsèque de ces troubles (ils témoignent du trouble de l'organisation psychique antérieure par des mouvements externes et internes) mais de leur traitement tant par le sujet lui-même que par le sujet en ses différents appareillages psychiques : familiaux, psychothérapiques, groupaux, institutionnels.

Certaines psychopathologies qui apparaissent dans la deuxième partie de la vie ont été identifiées par la psychiatrie de la fin du XIX^e^ et du début du XX^e^ siècle : les paraphrénies et les psychoses hallucinatoires chroniques (PHC). Dans les deux cas, à la différence de la

principale forme psychotique d'apparition précoce, la schizophrénie, il n'y a pas de dissociation psychique, le moi ne vole pas en éclats, ne se fragmente pas défensivement en petits morceaux, mais s'organise le plus souvent sur le mode du clivage. Seules les confusions peuvent donner l'impression du morcellement mais il apparaît rapidement qu'il s'agit moins d'un moi épars que d'un moi en perte de repères.

Les paraphrénies sont organisées fondamentalement sur le mode du clivage : alors qu'une partie du Moi demeure adaptée à la réalité externe, une autre entretient une activité délirante bien contenue, qui n'est pas communiquée ou l'est seulement à un interlocuteur vécu comme particulièrement digne de confiance. Cependant, il arrive aussi que le clivage cède lorsque l'angoisse devient trop importante et que l'aide d'un tiers soit sollicitée. Il n'est pas rare que le délire se révèle, de manière discrète (il infiltre alors le discours du sujet, procède par allusions énigmatiques pour l'interlocuteur) ou plus brutale, en particulier lors de véritables bouffées d'angoisse par lesquelles le travail du délire et du clivage signe alors leur échec. Les thématiques de ce délire peuvent être variées, cependant il est fréquent qu'elles comportent une dimension oscillant sur l'axe mégalomanie – persécution que nous approfondirons à propos de la paranoïa : en effet, avec le vieillissement, le moi peut se sentir particulièrement menacé et répondre soit réactionnellement par la surestimation du moi, soit projectivement par la persécution ainsi externalisée.

Mme Rose est hospitalisée pour la première fois en psychiatrie vers 70 ans pour une forme atténuée de syndrome de Diogène. Elle vit dans un appartement relativement incurique, encombré de bouteilles de son jus de fruit préféré dont ses voisins remplissent (dit-elle) son réfrigérateur en son absence. Elle ne descend que rarement les poubelles, ce qui a provoqué un signalement conduisant à une hospitalisation sous contrainte. Avec le psychiatre et les infirmiers, elle tient un discours adapté et défensif, disant qu'elle était fatiguée, n'y arrivait plus. Avec son infirmière référente et moi le discours est autre, une fois qu'elle a décidé de nous faire confiance. Elle explique qu'en fait tout a commencé vers ses 50 ans, quand, durant un cours de gymnastique (elle était

institutrice), elle a constaté que ses élèves n'avaient pas de nombril, ce qu'elle a signalé à la directrice : ceci a conduit à une mise à la retraite anticipée. Mme Rose est toujours persuadée de la véracité de cela, disant qu'elle avait bien fait de le signaler car la semaine suivante plus de la moitié des enfants avaient un nombril. Durant le suivi, j'ai pu faire des liens avec un fantasme d'auto-engendrement, elle-même développant des systèmes de filiation délirants, expliquant qu'à sa naissance elle parlait latin (une langue morte !) mais que l'inversion des parents le lui a fait perdre. Je fus surpris d'une part par sa très grande créativité délirante, d'autre part par le fait que celle-ci restait cantonnée dans le cadre étroit de nos entretiens (et de ceux avec son infirmière référente). Cette activité lui rendait la vie supportable : alors que sa tutrice décidait de vendre l'épave de sa 4L, qui ne roulait plus depuis un an, elle fut très angoissée, se sentant prise au piège, contrainte à rester là où elle était. Mais à l'entretien suivant (alors que j'étais inquiet de l'état dans lequel je pensais la retrouver), elle me fit part de son grand soulagement, ses amis des mondes parallèles ayant acheté son véhicule et le tenant à sa disposition en cas de besoin. En effet, elle vivait tantôt dans notre monde commun, tantôt dans des mondes parallèles qui étaient pour elle source de satisfaction : il en était ainsi de la voiture et du fait qu'une fois où elle avait eu des problèmes de marche elle m'annonça qu'elle venait de gagner le marathon des sables du désert de Gobi !

Mme Rose accepta facilement le projet d'aller vivre en maison de retraite, qu'elle réinterpréta à sa manière, sans en faire pour autant part à l'institution elle-même, me disant d'un air entendu que cela risquait d'inquiéter la directrice.

On le voit à partir de ce cas, délires et hallucinations peuvent se conjoindre dans la clinique, montrant en même temps leurs articulations possibles et le recours à eux dans une perspective défensive pour le sujet. Le clivage maintient une certaine adaptation à la réalité, le délire permet de traiter des enjeux psychiques archaïques (ici en particulier la question de la filiation et de la dimension persécutoire tenue à l'écart) ainsi que des enjeux présents liés au vieillissement. Cette structure clivée, même si elle a un peu cédé (signalement à la directrice de l'école, manifestations comportementales dans

l'appartement), existe depuis de longues années et permet à Mme Rose de tenir psychiquement face à ce que j'ai pu pressentir d'une histoire familiale folle, d'une mère peu ou fort mal présente pour sa fille.

La psychiatrie classique a aussi identifié la psychose hallucinatoire chronique. Elle se traduit, comme son nom l'indique, par des hallucinations qui peuvent concerner différents canaux sensoriels, en particulier l'ouïe, l'odorat, la vue et parfois le toucher (sensations cénesthésiques). Les hallucinations apparaissent progressivement et sont plus ou moins contenues par le sujet qui évite d'en parler, percevant bien qu'il y a quelque chose de bizarre dans ce qui lui arrive. On voit aussi apparaître des « parades » à ces hallucinations, telles que, pour les hallucinations auditives, le coton dans les oreilles et maintenant les baladeurs mis fort afin de couvrir les voix. Ces hallucinations sont généralement hostiles et deviennent avec le temps de plus en plus envahissantes. Les sujets sont souvent hospitalisés suite à des troubles du comportement ou à des actes agressifs contre les supposés auteurs des voix, des odeurs, etc. Cependant, et cela nous paraît assez spécifique du vieillissement, ces hallucinations peuvent aussi avoir une dimension érotique marquée, qu'il s'agisse de propositions ou d'insultes à caractère sexuel, de sensation d'attouchement, d'images imposées ou d'odeurs sexuelles, et ceci en particulier après un veuvage, comme si le désir ne pouvait plus s'exprimer directement, comme s'il ne lui restait d'autre voie de manifestation que celle de l'hallucination qui permet de ne pas se savoir sujet de son désir. Ceci peut se comprendre dans la logique de la difficile intrication de la pulsion dès lors qu'elle a perdu son objet ; elle devient alors source de désordre interne et peut à ce titre persécuter le sujet, et ce d'autant plus que l'investissement objectal lie dimension érotique et dimension agressive.

Que la découverte du délire ou de l'hallucination (au sens strict où ils sortent du couvert dans lequel ils se tenaient par le clivage et par une certaine conscience de l'étrangeté des productions psychiques) se

fasse petit à petit ou plus brutalement, c'est en rapport avec le vieillissement, comme si les étayages du moi qui lui permettaient de contenir les productions délirantes ou hallucinatoires ne tenaient plus, comme si les défenses s'effritaient. Sans doute n'est-ce pas imputable à une baisse de l'énergie psychique mais à la quantité mobilisée pour contenir ces productions et à une hausse des angoisses, relancées à certains égards par ce que fait vivre le vieillissement. Mais il importe aussi de ne pas oublier que délire comme hallucination témoignent d'un travail d'organisation, de traitement par le psychisme, certes selon des modalités primaires et non plus secondaires de ce que le vieillissement mobilise et actualise d'enjeux psychiques antérieurs qui étaient demeurés inélaborés.

Les hallucinations se rencontrent aussi dans un autre tableau clinique, celui de l'apparition tardive des déficits sensoriels et/ou moteurs. Nous avons vu plus haut que, bien souvent, l'acuité sensorielle s'émoussait avec le vieillissement, que la motricité pouvait se réduire. Ces pertes font vivre au sujet un état de fragilité, de détresse, de perte de familiarité avec son propre corps, qui réactive les expériences antérieures du même ordre. Si le moi a pu se constituer solidement, il peut se réorganiser avec ces pertes, redistribuer ses investissements, accepter de dépendre de certains objets de confiance. Si ce moi a fait l'expérience précoce d'objets peu fiables, voire malveillants, il va s'organiser soit sur le mode de l'hallucinatoire (façon de réinvestir les traces perceptives antérieures de manière positive, étayante, ou les traces négatives, persécutoires), soit sur le mode délirant persécutoire (mais ce n'est pas exclusif) : la surdité est niée, le sujet pense que son environnement fait exprès de parler bas parce qu'il lui cache des choses, veut le voler, le placer pour prendre sa maison, etc. Ceci peut conduire à un délire de type paranoïaque qui va être maintenant développé.

2. Troubles persécutoires

Ces troubles vont être de différents registres, allant d'éléments persécutoires à une paranoïa structurée, bien souvent d'apparition plus précoce mais évoluant d'abord à bas bruit.

Si les vécus de persécution peuvent être accompagnés d'hallucinations ou de délires, ils reposent principalement sur un système d'interprétation d'éléments de la réalité, éléments ayant eux-mêmes fait l'objet d'une sélection orientée par les préoccupations psychiques du sujet.

Ainsi que nous venons de le voir, les déficits sensoriels ou moteurs, parce qu'ils limitent le sujet en soi mais tout autant dans son rapport à son environnement physique et humain, peuvent mobiliser des angoisses archaïques de type paranoïde, angoisses que le sujet avait pu tenir à distance (ce qui a été évoqué plus haut comme relevant de la compensation des points de fragilité de l'appareil psychique) grâce à la motricité, à la perception (plus ou moins surinvestie) de son environnement. Le sujet se sent « entre les mains » des autres et son expérience précoce ne lui a pas forcément montré que cet autre est bienveillant (cf. ce que S. Freud désigne comme *Nebenmensch* (1895, 1926) autrui proche, secourable, figure fondamentale des premiers temps de la vie). Ceci peut être renforcé par l'entrée en institution, régie par ses propres règles qui ne sont pas toujours connues, compréhensibles, ou retenues par l'âgé car elles peuvent être nombreuses : un sentiment d'arbitraire (à son détriment bien entendu) se développe alors, parfois en appui sur des expériences de vie antérieures, mais parfois aussi renforcé par des éléments de réalité, ne serait-ce que du côté de la maltraitance ordinaire.

M. Étienne est hospitalisé sous contrainte dans un service de gérontopsychiatrie car chez lui, où il est seul, il vit de manière désorganisée dans le temps, refuse depuis quelque temps les repas, les visites… Son entourage familial, inquiet, mobilise le médecin de famille pour cette hospitalisation. Très vite,

dans le service, M. Étienne devient agressif, ne supportant pas d'être dans une unité fermée, de devoir demander aux soignants pour téléphoner… Lorsque je le rencontre, quelques jours après son arrivée, il est très réticent mais accepte de venir dans le bureau en me disant qu'il compte sur moi pour l'aider à s'évader de ce camp, que cette fois il n'a rien fait, que les « gens » (les soignants) sont des nazis… Petit à petit, il m'explique qu'il a été en camps de concentration en Allemagne durant la Seconde Guerre mondiale car il faisait de la résistance. Cette expérience traumatique (mais dans laquelle il fut actif car résistant) lui fournit, sur le mode de l'après-coup, une grille d'interprétation pour son expérience actuelle d'enfermement. Lentement, nous passons de la croyance qu'il est dans un camp de concentration, avec ce que cela suppose d'angoisse, à la comparaison entre l'expérience du camp et celle de l'hospitalisation sous contrainte. Une visite à domicile avec un soignant permet à M. Étienne de nouer une plus grande confiance avec l'équipe puisque le retour à domicile s'organise. En même temps, cette expérience soutient le narcissisme de ce monsieur auprès de l'équipe qui lui dit son estime pour son engagement courageux durant la guerre.

Notons aussi que la proximité des autres, et parfois la promiscuité, dans la vie en institution, peuvent également, au moins dans les premiers temps, susciter des mouvements persécutoires tant l'intimité est mise à mal, tant la présence des autres est marquée, tant il est difficile (et mal supporté par les soignants) de s'isoler. Ces défenses sont alors à entendre au regard du cadre de vie de l'âgé, ce qui peut aussi être vrai d'un habitat isolé et qui ne parvient plus à sécuriser le sujet en servant de lieu de dépôt à ses angoisses paranoïdes (E. Jaques).

Ainsi la dimension persécutoire va-t-elle d'une interprétation temporaire, qui permet de traverser une période de crise, à un délire organisé, systématisé, avec éventuellement persécuteur désigné, risque de passage à l'acte contre celui-ci en particulier autour des idées de vol, de préjudice. Ces idées de vol ne sont pas rares dans la vieillesse, disant combien l'âgé se sent tout à la fois précaire, faible face aux autres, et combien aussi il y a survalorisation de ce qu'il possède (en fait ses objets, son monde interne, ce qui renvoie au pôle mégalomaniaque de la paranoïa) et qui fait projectivement l'objet des

mouvements envieux des autres : enfants, familiers, voisins, etc. Pour autant, ceci ne doit pas conduire à ignorer les spoliations possibles des âgés, par les familles ou certains soignants, ou encore, dans des unités accueillant des sujets déments, par d'autres résidents en perte de repères, prenant les affaires des autres pour les leurs.

3. Confusions

La confusion (nous avons mis le titre au pluriel pour souligner la multiplicité des cliniques) se caractérise par un état de désordre psychique important, le plus souvent accompagné d'angoisses intenses. Elle est souvent d'apparition rapide et se résorbe au fil de la prise en charge, plus ou moins rapidement. Elle se caractérise par une désorientation dans l'espace et dans le temps, un état de stupeur et/ou d'agitation, le sujet ne comprenant pas ce qui lui arrive, par des passages à l'acte, en particulier de type fugue, errance, déambulation, par des propos peu cohérents avec des bribes de discours délirant très peu systématisées.

Si l'épisode confusionnel témoigne de et est souvent une réponse à l'effet désorganisateur d'une angoisse majeure (proche de la dissociation du moi), il peut aussi, lorsque le sujet en émerge, être générateur d'angoisse, celui-ci peinant à s'approprier ce moment inquiétant de sa vie qui donne à voir une faillite temporaire du moi.

Ses causes peuvent être multiples. Nous distinguerons principalement l'angoisse majeure souvent en lien avec un traumatisme récent (perte d'objet, déménagement, agression, etc.), l'accident vasculaire cérébral léger, et les causes toxiques (liées à l'alcool ou à des drogues, aux médicaments : en effet nombre de personnes âgées pratiquent l'automédication, le non-respect des prescriptions, etc.). Une prise en charge institutionnelle, de type hospitalier, est souvent nécessaire : si dans un premier temps elle peut alimenter l'angoisse, dans un second temps son effet contenant rassure le sujet, permet

au moi de se réorganiser. Cette réorganisation se fait souvent sur le mode du clivage, le sujet enfermant l'épisode confusionnel dans une parenthèse au sein de sa vie. Dans les meilleurs des cas, un travail psychique d'intégration de cet épisode peut se faire, qui permet au moi d'intégrer ses nouvelles limites, largement liées au vieillissement et à son cortège de changements.

Pour conclure ce chapitre, il importe de différencier la confusion mentale des tableaux démentiels car le devenir et la clinique fine ne sont pas les mêmes. Cependant, certains épisodes confusionnels peuvent signer, comme certaines dépressions, des processus d'entrée dans la démence. La question reste ouverte de savoir s'il s'agit d'une évolution intrinsèque ou si le sujet s'enferme dans un mode dépressif ou confus qui évolue vers la démence, tableau clinique qui est en voie de devenir paradigmatique de la psychopathologie des sujets âgés, car ces épisodes (confusionnels ou dépressifs) ont été mal pris en charge. Je pense en particulier aux effets pathogènes de la croyance de certains patients, familles ou soignants en l'irréversibilité des pathologies tardives ou en la fatalité d'évolution démentielle de tout vieillissement. Nous retrouvons là ce que les psychosociologues nomment l'« autoréalisation des prophéties » : cette perspective péjorative permet de souligner l'importance de la formation des professionnels et de l'accompagnement de ceux-ci et des familles.

Chapitre 8

Les démences

Les termes pour désigner les troubles cognitifs chez les sujets âgés ont varié dans le temps, chacun véhiculant une cohorte d'associations et de représentations. Ainsi, à la suite du psychiatre A. Alzheimer qui établit par dissection du cerveau l'atteinte corticale dans la maladie, parla-t-on de démence présénile, en référence, et en différentiation par rapport à la démence précoce (ou schizophrénie). Ce terme de démence était associé à la folie (la psychose) et inquiétait : étymologiquement « *demens* » renvoie à la perte de l'esprit. À la mort d'Alzheimer, ses collègues donnèrent son nom à sa découverte et l'on parla de démence ou de maladie (terme actuellement plus neutre, plus acceptable) d'Alzheimer. Le terme de « maladie d'Alzheimer » est devenu prévalent dans le champ des pathologies d'apparition tardive pour de nombreuses raisons qu'analysent avec beaucoup de pertinence L. Ngatcha-Ribert, P. J. Whitehouse et D. George. Ceci pose deux problèmes : d'une part, ce terme est devenu très imprécis, recouvrant de nombreuses formes de troubles cognitifs d'apparition tardive ; d'autre part, il en vient à former une véritable fatalité du vieillissement : pour peu que l'on vive assez longtemps, chacun deviendrait dément. Dans la même logique, tout oubli est interprété comme signe de la maladie d'Alzheimer (cf. la situation clinique, p. 28-29). Aussi est-il

nécessaire de procéder à quelques clarifications et définitions, en une époque où ce terme est évoqué à tout va (au moindre oubli on entend dire : « c'est mon Alzheimer qui commence », manière conjuratoire sans doute !) et où il semble être devenu un véritable paradigme de la vieillesse (A. Chevance, 2005). Pour ce faire, dans un premier temps, nous nous arrêterons sur les différents types de démence, puis nous développerons les hypothèses métapsychologiques quant aux fonctionnements des sujets qui en sont atteints.

1. Classification et signes cliniques

Sans nous étendre sur l'ensemble des démences d'apparition tardive, dont la sémiologie s'est beaucoup affinée au cours des dernières décennies en appui sur une modélisation cognitive de la mémoire (il serait plus juste de dire « des mémoires ») qui oblige à préciser le modèle clinique (J.-M. Talpin, 2002b), ainsi que sur des explorations neuro-anatomiques de plus en plus fines, nous retiendrons :

– la démence vasculaire qui fait suite à un accident vasculaire cérébral ; l'étiologie est donc organique (un vaisseau éclate dans le cerveau, endommageant une zone plus ou moins importante de celui-ci). Cependant, on peut questionner, sur le plan psychosomatique, les facteurs qui ont entraîné cet accident à un moment donné de la vie, en particulier du côté de la tension dont l'augmentation peut être liée à des facteurs de stress. Actuellement, ces démences concernent plus les hommes que les femmes mais sont très régulièrement en baisse du fait d'une meilleure prévention et d'une meilleure prise en charge des troubles cardiovasculaires. Cette démence se caractérise (sauf dans les cas de micro-AVC éventuellement répétitifs et difficilement repérables) par une apparition brutale, par une plus ou moins grande récupération (spontanée mais surtout en

fonction d'une prise en charge médicale, rééducative et éventuellement psychothérapique) puis une stabilisation en plateau, sauf si un nouvel accident intervient. La symptomatologie varie selon la zone du cerveau qui est touchée et l'ampleur, la profondeur de l'accident ; son évolution varie aussi en fonction de l'impact traumatique et de la capacité d'élaboration du sujet ;

– la démence d'Alzheimer (au sens strict) est présénile : elle apparaît le plus souvent entre 50 et 65 ans. Son étiologie a une forte composante génétique avec un taux de transmission familiale important. Elle est, de même que d'autres formes de démences dégénératives précoces, rare. L'évolution en est rapide : elle conduit généralement à la mort dans les dix ans, en particulier du fait d'un affaiblissement général. Petit à petit, le patient, apraxique (cf. ci-dessous), devient grabataire et de nombreuses complications peuvent apparaître (escarres, problèmes respiratoires, veineux, baisse des défenses immunitaires, etc.) ;

– les démences séniles de type Alzheimer : la symptomatologie est la même que pour la précédente, je vais y revenir, mais l'apparition est plus tardive, l'évolution plus lente et, si l'on peut trouver des corrélations biologiques, on ne peut en aucun cas en déduire une causalité (L. Ploton, 1996, P. J. Whitehouse et D. George, 2008). Ces DSTA ont donné lieu à de multiples hypothèses étiologiques (génétiques, toxiques, sociologiques, psychologiques, virales, etc.). Aucune ne semble à elle seule suffire, aussi s'oriente-t-on, pour autant que l'on reconnaisse la réalité de cette maladie comme entité, vers l'hypothèse d'une maladie plurifactorielle avec des facteurs de fragilité et des facteurs de précipitation de la maladie : ainsi du deuil d'objets proches (conjoint, enfant). De plus, la corrélation entre la présence de plaque sénile et les symptômes démentiels n'est pas totalement établie puisqu'il peut y avoir des plaques séniles sans signes cliniques de même que des signes cliniques sans plaques séniles ;

– on distingue encore des démences selon des localisations spécifiques et/ou des causes particulières, telles celles provoquées par

certaines évolutions du sida, par la consommation excessive et répétée d'alcool (syndrome de Korsakoff, etc.) ou de certains médicaments…

Dans tous les cas (avec des nuances, des prévalences), le tableau clinique comprend deux éléments majeurs : l'amnésie (surtout antérograde puis rétrograde) et la désorientation temporo-spatiale. S'y ajoutent bien souvent, mais selon des gravités diverses, l'aphasie, l'apraxie et l'agnosie, en particulier l'anosognosie, qui touchent toutes la relation au monde, aux autres et à soi.

L'amnésie est un oubli qui va d'abord porter sur les faits récents, ce qui renvoie à des troubles de fixation de la mémoire mais aussi à des troubles de l'attention que l'on peut aussi penser comme un non-investissement d'un présent dans lequel le sujet ne se reconnaît plus (ce qui souligne les enjeux narcissiques mobilisés dans le rapport au présent comme éventuel miroir de soi), qui ne fait plus sens pour lui. Des recherches récentes montrent que ces troubles peuvent apparaître de manière discrète longtemps avant d'être repérés par le sujet lui-même ou par ses proches, et ce d'autant qu'il y a souvent une rationalisation, une banalisation ou un déni de ces troubles. Les premiers oublis portent en fait sur les intentions du sujet (aller chercher quelque chose à la cave et ne plus savoir ce qu'on vient chercher lorsqu'on y est), dans la mesure où il s'agit seulement d'une mémoire idéelle non appuyée sur une mémoire du mouvement (ainsi n'est-il pas rare de voir des personnes refaire des mouvements à vide afin que la mémoire leur revienne, ce qui est au demeurant souvent performant). L'amnésie va ensuite concerner les faits récents mais, généralement, elle s'étend ensuite petit à petit à des faits, à des souvenirs du passé, ce qui est plus facile à dissimuler (à des fins de protection narcissique) par le sujet. Cependant, ceci se repère souvent car ce sont toujours les mêmes souvenirs, les mêmes histoires qui reviennent dans le discours des patients. Nous verrons dans la partie suivante qu'il peut être difficile de distinguer ce qui relève du pur trouble cognitif de ce qui relève du refoulement ou de l'inhibition.

Peut-être même est-il erroné de vouloir les opposer, le refoulement et l'inhibition prenant alors la voie (ou s'appuyant sur) des troubles cognitifs.

Le second grand symptôme est la désorientation temporo-spatiale : le sujet a de plus en plus de difficultés à se repérer dans le temps comme dans l'espace. Cela commence généralement par la difficulté à s'orienter dans le temps, ce qui se comprend par le fait que, contrairement à l'orientation dans l'espace qui s'étaye sur une expérience psychomotrice, l'orientation dans le temps est abstraite et relève de l'internalisation du mode social d'organisation du temps. Ainsi que le souligne D. W. Winnicott, l'intégration temporelle est la dernière construite par le sujet, elle est la plus dépendante du social. De plus, je ferai l'hypothèse, dans la lignée des travaux de J. Maisondieu, que la désorientation dans le temps permet au sujet de ne plus voir le temps passer, de ne plus se penser dans le temps donc de ne plus penser à l'approche de la mort. Enfin, cette désorientation témoigne d'un non-investissement du présent que le sujet ne vit plus comme étant « son temps » ainsi que le dit bien l'expression « de mon temps » : d'ailleurs, cette désorientation temporelle s'articule souvent au fait que le sujet vive dans un autre temps, qu'il actualise un temps du passé soit traumatique (cf. l'expérience de la déportation), soit au contraire heureux, voire idéalisé. Ainsi, de ces patients qui revivent au temps de leur enfance, attendent leurs parents ou racontent leur visite…

La désorientation dans l'espace se caractérise, elle, par la difficulté à s'y retrouver. Cela commence généralement par les espaces nouveaux ou peu familiers (on peut alors penser à un manque d'attention ou d'investissement), puis concerne aussi les espaces familiers : le quartier, la maison, ce qui conduit souvent le sujet à se replier chez lui par peur de se perdre et/ou que sa famille découvre ses difficultés. Cette désorientation spatiale va d'abord concerner l'espace représenté (expliquer un chemin, dire où est sa chambre, etc.) puis l'espace vécu, l'espace expérimenté, l'espace dans lequel le sujet circule.

Si dans le premier cas la mémoire verbale, déclarative est sollicitée, dans le second il s'agit de la mémoire procédurale, dont les travaux de neuropsychologie ont montré qu'elle est plus solidement, et donc plus durablement, établie.

Viennent ensuite trois grands types de troubles cognitifs qui peuvent apparaître séparément ou ensemble, en tout cas à des rythmes et avec des évolutions différents. Il s'agit de l'aphasie, de l'apraxie et de l'agnosie. La première est fortement en lien avec le langage, la deuxième avec l'action, la motricité, la troisième mobilise la perception et la mise en lien avec les mots et l'action.

Dans les démences, l'aphasie se manifeste d'abord par l'oubli de mots, débutant souvent par celui des noms propres, plus repérable car il y a moins de possibilités de les remplacer, de contourner la difficulté. Dans les cas à évolution défavorable, le manque du mot devient de plus en plus présent au point que les phrases peuvent sembler à trous, trous que le sujet va souvent combler par des mots de remplacement qui n'y font pas sens. Pendant longtemps, la structure de la phrase demeure, le message étant souvent difficile à comprendre encore qu'il soit possible de s'aider d'une part du contexte, d'autre part de la dimension affective souvent très présente dans la mimogestualité et dans la modulation de la voix. *In fine*, le discours peut devenir un jargon incompréhensible au niveau de la langue mais toujours porteur d'affects, à moins que le sujet ne devienne silencieux soit par impossibilité d'accéder au langage verbal, soit pour se protéger de la dimension profondément traumatique de la confrontation à ses limites et à ses pertes propres. Il n'est pas rare que ces difficultés, comme d'autres au demeurant, donnent lieu soit à des mouvements dépressifs (parfois suicidaires, cf. plus haut), soit à des mouvements de colère, d'agressivité, de retournement contre l'autre, tant l'atteinte narcissique est profonde, ainsi que nous le verrons dans la partie suivante.

L'apraxie est la perte des mouvements jusqu'alors réalisés sans difficultés, des plus complexes (tels le bricolage, la cuisine s'ils sont

un peu recherchés) aux plus simples : faire sa toilette, s'habiller, manger. Plus encore que d'autres manifestations, l'apraxie rend visible la dépendance du sujet à son environnement qui peut y réagir de différentes manières, du déni à l'infantilisation, en passant par la sur-stimulation, l'accusation de mauvaise volonté, de se laisser aller, etc. La réaction du sujet dément est à entendre et en fonction de ses propres enjeux narcissiques, et en écho à celle de son environnement, l'un et l'autre fonctionnant de manière circulaire, en renforcement négatif ou positif.

L'agnosie, enfin, concerne la non-reconnaissance : des personnes, des choses, ce qui peut s'articuler aux troubles phasiques et praxiques (tout en s'en différenciant pour partie). Elle peut rendre le monde inquiétant pour le sujet tant au niveau matériel qu'humain, ainsi que donner lieu à des fausses reconnaissances qui méritent une réflexion particulière. Dans ce qui est nommé « fausses reconnaissances » le sujet montre qu'il reconnaît, il peut nommer par exemple une personne alors que ce n'est pas elle. Elles sont souvent pensées comme des erreurs cognitives mais, si l'on change de grille de lecture, de vertex écrirait W. Bion, on s'aperçoit qu'elles ont aussi une fonction psychique importante : elles comblent le vide laissé par la non-reconnaissance, permettent au sujet de se donner une contenance en se recréant une certaine familiarité par superposition sur le monde réel présent de son monde interne fait d'objets du passé actualisés.

M. Paul interpelle souvent soignants et résidents de prénoms qui ne sont pas les leurs et qui varient beaucoup au début puis se fixent petit à petit, ce qui fait que chacun finit par se reconnaître dans cette interpellation, au point d'avoir l'impression que ce monsieur surnomme les gens. Ainsi M. Paul reconstitue-t-il une suffisante familiarité et se met-il en colère lorsqu'une personne refuse cette dénomination dans la revendication (souvent angoissée) de son identité propre. Pendant longtemps, M. Paul ne me nomma pas mais manifesta sa reconnaissance en m'accueillant d'un joyeux « Ah, te voilà ! » et en se dirigeant vers mon bureau. Je ne saurais dire qui j'étais au juste pour lui (et d'ailleurs étais-je quelqu'un de précis ?) sinon que j'étais

une figure suffisamment familière et vécue comme bienveillante pour qu'il ait envie de venir dans le bureau pour me parler à sa manière qui n'était pas toujours compréhensible mais néanmoins, pour lui, source de plaisir. Dans cette situation il est aussi intéressant de noter que ce Monsieur, qui était mal orienté dans le pavillon, m'avait clairement associé à mon bureau et ne se trompa jamais.

Jusqu'ici, nous avons envisagé l'agnosie tournée vers des objets externes au sujet mais elle peut aussi avoir ce sujet lui-même comme objet, qu'il s'agisse de la non-reconnaissance de soi dans le miroir (O. Jarrige, J-M. Talpin, 1994) ou de l'anosognosie ou non-reconnaissance de ses propres troubles et difficultés, ce qui n'est pas sans compliquer largement la prise en charge.

Ainsi de Mme Nicole, hospitalisée suite à une grave intoxication alimentaire car elle mangeait chez elle de la nourriture périmée, parfois de longue date. Lors de nos entretiens, de même qu'avec les différents membres de l'équipe qui lui parlent d'aller vivre en institution car elle a des difficultés chez elle, elle revendique d'y rentrer, niant toute difficulté (elle a aussi des difficultés mnésiques, d'orientation, ne fait plus ses papiers administratifs qu'elle jette le plus souvent) et développant une logique persécutoire : « on » veut lui prendre son bel appartement, « on » veut se débarrasser d'elle en la faisant passer pour folle mais elle ne se laissera pas faire…

Cette petite vignette clinique montre bien la proximité phénoménologique entre anosognosie et déni, la qualification étant une question de point de vue théorique. La pensée en termes de déni souligne à quel point les troubles démentiels peuvent être douloureux et angoissants pour le sujet, au point qu'il puisse faire le choix inconscient de ne pas les prendre en compte afin de sauvegarder autant que faire se peut son narcissisme, nous allons nous y arrêter dans la partie suivante.

Outre les symptômes centraux qui viennent d'être développés, l'incontinence se rencontre souvent dans les formes avancées de

démences, touchant beaucoup, là encore, le narcissisme du sujet et ayant aussi un impact fort dans les relations familiales, en particulier avec les générations suivantes.

À côté de ces symptômes cognitifs peuvent apparaître chez les sujets déments des symptômes psychiques (certains ont déjà été évoqués) qui sont à entendre comme témoignant de la manière dont le psychisme du sujet réagit à (et s'organise avec) ces troubles. Cela va du déni au suicide en passant par les mouvements dépressifs, projectifs, agressifs, caractériels, etc. Dans la pratique clinique, les professionnels parlent souvent de troubles comportementaux. En effet, les difficultés cognitives et psychiques se manifestent souvent dans des comportements (agitation, déambulation, mouvements agressifs, gestes compulsifs, parfois désinhibés, sexuels, répétition en boucle de mots ou de phrases…). Elles se manifestent précisément dans le registre du comportement car c'est alors le seul qui reste accessible du fait de la détérioration des appareils cognitifs et psychiques, l'un et l'autre étant étroitement liés.

Pour terminer cette partie, il importe de souligner que l'on se représente souvent les démences (en particulier les DSTA, les plus fréquentes) comme prises dans un mouvement régulier de désorganisation psychique et cognitive. Or tel n'est pas le cas : en effet, le tableau clinique n'est pas stable, le sujet étant souvent très sensible au contexte, au mode relationnel avec lui. Ainsi peut-il être par moments très désorienté, en mal de reconnaissance des autres, puis très présent et adapté, puis, plus tard, de nouveau très désorienté. Ceci est souvent très troublant pour les soignants ou les familles. Ceci nous ramène à l'importance de penser toute clinique dans le cadre de son émergence et de son expression. De plus, les modes d'interaction des proches peuvent majorer les difficultés, enfermant le sujet dans sa symptomatologie.

Mme Élise[1], dame démente qui vit en maison de retraite, est accompagnée par sa fille à sa consultation psychiatrique. Dès le début de l'entretien, l'ambiance est très tendue : Mme Élise n'a pas reconnu sa fille qui, du coup, la harcèle de la question : « Qui suis-je ? » Plus elle pose anxieusement la question, plus la mère montre un visage angoissé et perdu. La psychiatre intervient alors en disant : « C'est bien votre fille, madame Élise ? » et celle-ci de se ressaisir en regardant sa fille droit dans les yeux : « Bien sûr que tu es ma fille, idiote ! »
Cette situation montre bien, dans une logique systémique (L. Ploton), comment la communication avec un dément peut en quelque sorte devenir folle, ici d'une part parce que la question insiste sur ce qui met justement Mme Élise en difficulté et d'autre part parce que c'est une question absurde, la fille sachant qui elle est. Mais dans une logique psychanalytique (O. Jarrige, J.-M. Talpin) se repère bien qu'il s'agit d'autre chose, de l'angoisse de la fille, très présente et dévouée à sa mère, de ne pas être reconnue (au double sens du terme) par celle-ci.
L'intervention de la psychiatre permet à la mère de faire remarquer à sa fille l'incongruité de sa question, de répondre en mère, mais aussi de se dégager de cette impasse et d'ouvrir l'entretien à d'autres enjeux, d'autres dimensions, Mme Élise redevenant présente.

2. Psychodynamique et métapsychologie des démences

Les démences vont être traitées ici comme double épreuve du narcissisme car celui-ci est sollicité à deux niveaux qui vont être maintenant développés.

Le premier niveau théorique, qui constitue aussi un premier modèle pour le praticien, est celui du réactionnel. Je le qualifierai de « secondaire ». Le patient âgé, mais aussi, le plus souvent, sa famille (J.-M. Talpin, 1999a) réagissent à l'apparition de la démence,

1. Je remercie O. Talpin-Jarrige, psychiatre, de m'avoir communiqué cette observation.

c'est-à-dire à celle de certains signes (symptômes que le sujet se défend dans un premier temps de penser comme tels en les déniant, en les banalisant) qui troublent son sentiment d'identité, la représentation qu'il entretient de lui-même. Nous nous tenons alors dans un modèle traumatique dont la source est interne (et en partie externe à travers ce que renvoie l'entourage). Cependant, le mécanisme est complexe car les pertes cognitives atteignent non seulement le sentiment d'intégrité (qui relève de l'illusion narcissique) du sujet mais encore, à un niveau méta, les capacités de l'appareil psychique à les penser, ce qui redouble l'effet désorganisateur du trauma. Les réactions peuvent être de divers types (J.-M. Talpin 1999a, 2002b, 2004c). Le premier relève du déni. Viennent ensuite (sans qu'il s'agisse forcément d'un ordre chronologique), dès lors qu'émerge la prise de conscience du trouble (qui, dans la clinique oscille et n'est jamais définitivement installée), la dépression, doublée bien souvent d'un affect de honte, caractéristiques toutes les deux de l'atteinte narcissique et témoignant de la difficulté rencontrée dans le travail du deuil de soi, et des « fantasmes de culpabilité » (A. Ciccone, 1999) qui forment une manière de s'approprier le trauma en l'inscrivant dans l'histoire singulière et/ou familiale. Dans le fantasme de culpabilité le sujet et/ou son environnement cherchent et proposent dans la vie du sujet des causes par exemple le fait d'avoir trop fumé, trop bu, trop travaillé, ou de ne pas avoir fait de sport… Ce modèle réactionnel s'inscrit le plus souvent dans la logique de l'étiologie médicale, en tout cas dans une étiologie qui ne recourt pas au psychisme comme cause. Il est généralement celui qu'investit, au moins dans les premiers temps, le patient qui devient dément et se questionne non sur l'origine mais sur le présent.

Le second modèle, que je qualifierai de « primaire », propose que la démence n'atteigne pas seulement secondairement le narcissisme. En effet, elle serait la solution que le psychisme invente, en appui sur les lignes de fragilité somatique, pour traiter une souffrance

narcissique insoutenable liée à la répétition de la rencontre avec la finitude et avec la désaide alors que l'objet a été défaillant, n'a pas été suffisamment protecteur. Cette souffrance narcissique est vécue, dans la logique des « terreurs sans nom » (W. Bion) et surtout de la « crainte de l'effondrement » (D. W. Winnicott, non daté, 2000), comme risquant de détruire le psychisme. Ceci nous inscrit dans le registre des situations extrêmes décrites par R. Roussillon (2005) : « Quand la fuite motrice n'est plus possible, le sujet peut encore tenter un processus de fuite interne, de fuite intrapsychique, il se retire au fond de lui-même, il détruit les voies d'atteintes, il pratique une politique de désertification interne. » Ces situations ne peuvent être traitées par le sujet seul, elles doivent, pour l'être, passer par l'autre, pour autant que celui-ci s'y prête et supporte ce à quoi la souffrance psychique du sujet dément le confronte. Je proposerai dès lors, dans la lignée des systémiciens, de L. Ploton (1996), J. Maisondieu (1989), et des psychanalystes, de H. Searles (1965), D. Anzieu (1975), du transfert paradoxal, de R. Roussillon (1991a), et des défenses paradoxales, que les DSTA témoignent de ce processus paradoxal qui trouve son origine dans le mécanisme d'inhibition (S. Freud, 1926). L'inhibition d'une ou de plusieurs fonctions du moi forme une défense paradoxale face à la souffrance narcissique insoutenable (ou représentée comme telle) liée à la rencontre avec la finitude et la désaide. Pour S. Freud, ce mécanisme de défense apparaît lorsque le refoulement ne suffit pas ; il consiste en un désinvestissement massif d'une ou de plusieurs fonctions du moi. C'est bien ce qui se passe dans les DSTA avec les différentes fonctions cognitives qui participent à l'identité et à l'inscription du sujet dans l'ici et maintenant qui, parce qu'il témoigne du vieillissement, peut devenir persécuteur : le sujet désinvestit ses capacités d'orientation, sa mémoire, éventuellement le langage… Au moins dans un premier temps, ce désinvestissement n'est pas irréversible ainsi qu'en témoigne la clinique des déments qui, dans des cadres appropriés, singuliers (G. Le Gouès, 1991 ; M. Péruchon, 1994, 2005 ;

J.-M. Talpin, 2004a, 2011d ; J.-M. Talpin, O. Talpin-Jarrige, 1995, 1996, 2000) ou groupaux (S. Luesma, 1998, 2000 ; N. Laeng, 2002 ; A. Sagne, 2006), réinvestissent tout ou partie des capacités cognitives qui semblaient perdues. Par l'inhibition, le sujet se coupe des traces, non seulement des contenus mais surtout des processus de la pensée. Il semblerait que, dans les premiers temps des DSTA, l'inhibition soit réversible, au moins le temps des entretiens, des activités médiatisées. Cette réversibilité deviendrait sinon impossible (l'impossible qui tue toute illusion, relève du mortifère dans la pratique clinique), du moins de plus en plus difficile lorsque le sujet, en particulier si le clinicien le rencontre seulement tardivement, est installé dans la démence. Le fait que la levée de l'inhibition puisse advenir dans les cadres thérapeutiques mais ne pas durer, être transférée en dehors de ceux-ci, souligne que le travail psychique alors effectué n'est pas introjecté et qu'il dépend profondément du cadre externe sur lequel l'appareil psychique s'étaye dans une logique de vicariance, d'auxiliariat, ce qui fait que G. Le Gouès (1991) parle de « réanimation psychique », signifiant alors aussi toute la dimension de relance pulsionnelle. C'est dire aussi, en un lien entre dimension clinique et dimension cognitive, que ce ne sont probablement pas les traces mnésiques qui sont détruites mais l'organisation de l'appareil psychique qui permet de les lier en représentation de choses puis de mots (les symbolisations primaire et secondaire pour R. Roussillon, 1995) et en affects (G. Le Gouès, 1991).

Défense paradoxale donc, puisque le narcissisme se préserve en se détruisant, voire en prenant les devants de ce qu'il appréhende (dans les deux sens de « craindre » et d'« attraper » : mais il fait alors l'expérience que justement il n'appréhende pas, qu'il n'a pas la maîtrise du temps, qu'il n'en peut être protégé) comme devant le détruire. Cet énoncé demande, pour plus de précisions, à être décondensé : je considère l'inhibition comme une attaque contre l'appareil psychique, comme entamant son « intégrité » pour le préserver d'un danger plus grand. Or ce danger est, *in fine*, la destruction-disparition du sujet

du fait de la mort, en une condensation entre mort physique et mort psychique. Le sujet, par l'inhibition de ses fonctions cognitives, ou du moins des plus centrales d'entre elles, de celles qui l'inscrivent dans le temps (et dans l'espace), se coupe de ses représentations préconscientes et conscientes de la mort, mais aussi des traces inconscientes des expériences antérieures de mort psychique, expériences qui ont été pour lui désastreuses et l'ont conduit à se cliver, ce qui invite à complexifier mon hypothèse. Ainsi l'organisation démentielle manifeste-t-elle l'échec, l'impossibilité pour le sujet de reprendre et de symboliser la mort dans les fantasmes terminaux (M. Hanus, 1991). Dès lors, faute de symboliser cette mort qui s'impose à lui, voire en vient à former son seul horizon, le sujet la retourne contre lui.

Le sujet qui devient dément recourrait donc à une inhibition plus ou moins massive par laquelle il agirait (en recourant aussi au retournement, S. Freud, 1920) sur lui activement le danger qui le menace dans une position passive. Ce danger est le retour des expériences catastrophiques clivées au sein d'un appareil psychique qui n'a jamais pu les contenir et les symboliser, et le peut moins que jamais, du fait du vieillissement et bientôt, aussi, des difficultés cognitives, sauf à recourir à des dispositifs thérapeutiques. Sans doute est-ce pour cela que la plupart des DSTA font leur apparition après des pertes, pertes de systèmes méta-défensifs ou d'objets qui avaient servi de lieu de dépôt de cette part clivée et participaient au système défensif, pour partie externalisé, du sujet. Le modèle d'une perte localisée, construit sur celui du traumatisme déclencheur clairement identifiable est, à certains égards, trop simple ; de plus, il ne rend pas compte de la multiplicité des pertes. Le modèle biologique de la somation et de l'effet de seuil, et plus encore celui proposé par M. Kahn du traumatisme cumulatif, sont mieux à même d'en rendre compte, d'autant plus que ce qui caractérise les traumatismes cumulatifs est qu'ils ne sont pas identifiables comme tels par l'appareil psychique, qu'ils ne sont pas représentés, mais qu'ils s'inscrivent dans l'organisation même du psychisme. Ainsi les microtraumatismes de la vieillesse viennent-ils

renforcer ceux de la petite enfance et produire leurs effets de déliaison sur des modalités fragiles et/ou fortement chargées de l'appareil psychique, à commencer par la mémoire et l'orientation (J.-M. Talpin, O. Talpin-Jarrige, 2000).

Le sujet dément serait donc comme un homme (ou une femme, la différence ne tient plus toujours pour le sujet lui-même) qui marcherait à reculons dans le sable en effaçant ses traces au fur et à mesure. Ces traces, ou ce qu'il en reste, ce qui en est accessible, identifiable, travaillent aussi chez le clinicien qui parvient par moments à les tenir en un paradoxe contenu (R. Roussillon) donc non mortifère, ce qui lui permet de mettre en lien transfert, démence et narcissisme, en particulier quant à la dimension identitaire de celui-ci.

Poser la question du narcissisme et de la démence revient à aborder celle du devenir de l'identité et du sentiment d'identité. Si la démence peut être pensée comme une lyse (G. Le Gouès), comme une déliaison majeure, elle ne conduit cependant pas à un retour à l'antérieur à l'identique : l'appareil psychique garde des traces de ses différents états, des différents modes d'élaboration auxquels il est parvenu (je pense ici aussi bien aux activités cognitives qu'aux enjeux d'abandon ou de séduction dans la relation…) et le psychiste sait qu'il a affaire à quelqu'un qui a, peu ou prou, pu élaborer, penser, quand bien même ce sujet semble parfois s'acharner à lui faire penser le contraire. Cette lyse fait ressortir que ces liens étaient insuffisamment internalisés et qu'ils s'étayaient, bien que semblant internes, sur les objets et les cadres investis (narcissiquement) par le sujet.

L'identité du sujet dément sera ici caractérisée par quatre aspects : fermeture, agrippement, dépôt dans l'autre et assignation, aspects qui s'inscrivent tous dans la question de ce qui est interne et externe mais aussi internalisé ou externalisé dans le psychisme de chaque sujet.

Par fermeture, je veux signifier que le processus d'identification, qui vient enrichir le moi de traits des objets d'amour (J. Guillaumin), semble bloqué : sans doute parce qu'il n'y a plus

guère d'investissements objectaux au présent, tout se reportant sur les objets du passé (l'agrippement que je vais ensuite présenter). De plus, lorsqu'il y a investissement, il se fait sur les modes archaïques de l'imitation, voire de l'identification adhésive, du collage. Cette fermeture au présent qui aurait pu fournir de nouvelles figures identificatoires soutenant le devenir vieux va de pair avec l'agrippement.

En effet, le sujet dément s'agrippe à une identité passée et à des figures identificatoires souvent figées par l'idéalisation (en positif ou en négatif), confirmant en quelque sorte l'adage « on ne peut pas être et avoir été », qui dénie de manière inquiétante tout le travail psychique de transformation, d'intégration, d'intrication. Il se fossilise dans son agrippement à ne rien savoir ni du présent (et encore moins du futur) ni de cette part fondamentale du passé qui n'a rien perdu de son pouvoir de menace. Or cette part fondamentale a été, au moins un temps, déposée en dehors du sujet, constituant cette part de soi hors de soi avec laquelle le sujet n'entretient pas de relation. C'est pourquoi son retour peut être vécu comme catastrophique, proche de la crainte de l'effondrement.

L'assignation identitaire est pour partie corrélée, elle, à cette dimension de dépôt, c'est-à-dire à l'incomplétude identitaire (qui concerne chacun et pas seulement les déments, mais selon diverses modalités). Le sujet âgé dément reçoit son identité, ramenée à celle de dément (comme si en miroir, il avait besoin de s'agripper, de fixer) de l'autre, familier ou professionnel. D'où l'importance de maintenir l'indécidabilité, de ne pas fixer ce sujet à sa maladie, ni même à tel ou tel trait saillant de son identité proposé par lui-même ou par ses proches (métier, père, époux, etc.). Cette assignation par les tiers répète souvent celle, tout aussi défensive, du sujet lui-même qui se réclame d'une identité non seulement fossilisée et vécue comme perdue, mais qui n'a probablement jamais véritablement existé, qui était fantasmée et idéalisée.

La démence conduit à un désappareillage du dément et de sa famille (à une déliaison des modalités antérieures d'appareillage

psychique familial) mais aussi à un réappareillage sur des modalités beaucoup plus archaïques, en particulier dans la logique de la symbiose. Dans les premiers temps de la démence, plus le sujet malade semble s'éloigner de sa famille plus celle-ci va chercher à le réintégrer au narcissisme familial, souvent au prix du déni de la pathologie. Dans un second temps, en particulier face à l'éloignement psychique du sujet, très sensible lorsqu'il ne reconnaît plus les siens (O. Talpin-Jarrige, J.-M. Talpin, 1994), un rejet du dément s'installe fréquemment (P.-M. Charazac, 2009 ; C. Joubert, 1993), en particulier parce qu'il est fantasmatiquement vécu comme mettant en danger l'appareil psychique familial (J.-M. Talpin, 2016). Ce rejet se manifeste par un double clivage. Il s'instaure d'une part au sein de la famille qui exclut le vieillard qui fait alors l'objet d'une hospitalisation ou d'un placement, d'autre part au sein de la représentation de l'âgé entre une bonne image au passé et une mauvaise image au présent. Seule la première est investie, ce qui fait que le sujet dément est coupé de son passé ; le parent n'est que celui d'un passé sans lien avec le présent. Ceci est paradoxal au regard de la problématique de la mémoire du sujet dément.

En appui sur ces propositions de théorisation du fonctionnement du sujet dément, il ressort que le travail psychique avec un tel sujet consiste à inventer et/ ou à créer une mémoire pour deux (J. Milner, 1997) ou mémoire commune ou encore, pour le dire avec M. Enriquez, une enveloppe commune de mémoire dans une dynamique de transfert de mémoire, de traces psychiques (représentations et affects). Cependant, en particulier lorsque le psychiste rencontre tardivement le sujet dément, le risque est grand que la mémoire du premier fonctionne en miroir de celle du second, c'est-à-dire que rien ne s'y fixe en une amnésie symptomatique et en un partage alors non de contenus mais de symptômes, en une contamination par le travail de la déliaison, du négatif et du narcissisme de mort sur le mode de l'identification projective. Alors le psychiste, comme la famille, peut être tenté de s'accrocher à des bribes de mémoire au risque de les

fétichiser, donc de finir de les dévitaliser. Cet accrochage des autres (familiers ou professionnels), proche de l'identification adhésive, est lui-même en miroir de celui du sujet dément qui s'agrippe à certains souvenirs ou affects comme à autant d'îlots de préservation narcissique.

Ainsi la transmission psychique des sujets devenant déments est-elle d'une part à des fins conservatoires (à l'ombre portée du fantasme de disparition, de vide), en un mouvement qui fait que le dément dépose hors de lui certains de ses bons objets internes et de leurs traces, d'autre part une transmission du négatif et de son travail, ce qui reproduit dans l'intersubjectivité le paradoxe de l'organisation démentielle. De ce fait, le transfert est en lien avec la transmission psychique, afin que le psychiste soit traite et transforme, soit conserve, participant alors au désir du sujet de survivre en (et par) l'autre au-delà de sa propre mort, dans la logique du transfert filial présenté à la fin de cet ouvrage.

La prise en charge psychothérapique des sujets déments peut s'effectuer en individuel ou en groupe.

Le terme de psychothérapie n'est pas sans poser question en ce qui concerne ces sujets. Il s'agit de savoir ce qui est visé dans la mesure où, en particulier dans les situations déjà évoluées, l'amélioration du fonctionnement psychique du sujet n'est généralement pas durable, profondément liée qu'elle est au cadre qui l'a rendu possible. De ce fait, dans la logique de ce que G. Le Gouès nomme la réanimation psychique, il peut s'agir a minima de favoriser le réinvestissement des processus psychiques et cognitifs par le sujet, réinvestissement favorisé et soutenu par l'investissement d'un autre bienveillant, le psychiste, d'un autre qui continue de soutenir l'hypothèse d'une possibilité de vie psychique, ce qui appelle deux remarques.

La première vise le modèle, souvent entendu, de la démence comme « mort psychique ». Tant que le sujet est en vie, nous

postulons qu'il y a de la vie psychique, mais parfois sous des formes paradoxales, le sujet pouvant tendre, ainsi que je l'ai développé, à faire croire qu'il est mort, à effacer les traces de son passage, à décourager les essais d'entrer en relation avec lui. Cette mort psychique apparente se manifeste en particulier dans l'écrasement sur le corps fonctionnel, neurologique, comme s'il n'y avait plus de pensée. Si celle-ci ne s'exprime plus sur le mode de la parole, elle n'en continue pas moins à se manifester sur les modes de la symbolisation primaire, dans les registres corporels de la motricité, de la mimogestualité, ce qui expose le clinicien à un difficile travail d'interprétation pour en saisir quelque chose qui demeure le plus souvent hypothétique, encore que les réponses des sujets malades puissent venir confirmer les propositions du professionnel.

La seconde concerne le risque qu'émerge lors de ce travail relationnel prenant en compte la psyché du sujet une dimension dépressive dès lors que, dans un mouvement de réflexivité, le sujet dément prend conscience de son état psychique, de la situation dans laquelle il se trouve. Ce mouvement témoigne d'un travail de pensée du dément et demande un accompagnement accru du sujet tant dans l'espace psychothérapique qu'en dehors de celui-ci, dans les autres temps de vie institutionnelle, le risque suicidaire ne devant pas être minoré. La réponse de l'objet est donc fondamentale, qui soutient le sujet, relance son investissement narcissique en appui sur le plaisir à fonctionner psychiquement dans la relation. Ceci demande aussi un travail avec les équipes qui supportent souvent mal de voir les sujets déments pleurer ou être tristes suite à des entretiens.

Ceci a déjà été dit, les dispositifs groupaux sont aussi une bonne indication : d'abord parce qu'ils font passer du groupement des âgés au sein d'une institution du fait d'une communauté de symptômes à un groupe, avec l'appareillage psychique que ceci suppose et implique. Chaque sujet se met alors à exister dans sa singularité pour d'autres, chaque sujet peut tout à la fois s'étayer sur le psychisme des autres et servir d'étayage au psychisme de chaque autre, ce qui favorise la

relance des processus de symbolisation primaire et éventuellement secondaire. Ceci est facilité par l'appui sur des médiations afin que la parole ne soit pas le seul mode d'expression proposé : il peut s'agir du découpage-collage, de la peinture ou du dessin, de la terre, du travail corporel, du psychodrame, de l'écoute ou de la production musicale, d'autres choses encore, en particulier en fonction des investissements du psychiste.

Le fonctionnement psychique du dément, qui tend (ce terme disant une visée inconsciente et paradoxale) à se dépsychiser, est donc pris entre réalité psychique, réalité biologique et fonctionnement familial et social. C'est pourquoi son économie peut se lire à l'échelle du sujet mais aussi à celle de sa famille, si ce n'est à celle de la société, ce qui ouvre aussi à la dimension du travail familial et du travail avec les équipes en tant que lieux de dépôt de parts du psychisme du sujet réputé dément.

Chapitre 9

Le devenir dans la vieillesse des psychopathologies apparues durant l'enfance ou l'âge adulte

Les cliniciens sont de plus en plus souvent sollicités pour une population en accroissement régulier : les sujets vieillissants ayant décompensé dans l'enfance, l'adolescence ou à l'âge adulte. Cette population peut se diviser en deux catégories : les personnes handicapées (déficit cognitif principalement) et les personnes atteintes de psychopathologies. Nous examinerons tour à tour les raisons de son augmentation, son devenir en termes sociaux et de prise en charge, et, enfin, son évolution entre dimension « spontanée » et effet des prises en charge tant médicamenteuses qu'institutionnelles.

L'espérance de vie de ces sujets s'accroît pour plusieurs raisons. Tout d'abord, ils bénéficient de l'allongement global de la durée de vie de toute la population pour des raisons d'amélioration des soins, de l'alimentation, des conditions de travail. Ensuite, ils bénéficient de progrès médicaux et thérapeutiques qui leur sont propres :

– développement des prises en charge précoces mais aussi à l'âge adulte (création des services de pédopsychiatrie, des IME, IMP, IMPro, ESAT, MAS, ateliers protégés, etc.) lié à une modification de la politique sanitaire, sociale et éducative sous l'influence prépondérante des associations de familles ;

– développement des thérapeutiques médicamenteuses. En effet, avant l'apparition des neuroleptiques (dans les années 1950), nombre de patients psychotiques voyaient leur durée de vie réduite par l'épuisement induit par la psychose. Les divers traitements psychotropes (neuroleptiques, antidépresseurs, anxiolytiques) ont participé (avec les limites que l'on sait, les effets secondaires parfois lourds) à apaiser ces patients et, de ce fait, à augmenter leur espérance de vie, ainsi qu'à faciliter des prises en charge psychothérapiques. Cependant, cette augmentation est limitée car, par ailleurs, ces médicaments réduisent l'espérance de vie par rapport à la population globale ;

– développement des psychothérapies individuelles, groupales et familiales, de même que des soins institutionnels (*intra-* et *extra-muros*).

À titre d'exemple, rappelons que dans les années 1970-1980 l'espérance de vie d'une personne trisomique ne dépassait pas 45, 50 ans au maximum ; à l'heure actuelle, nombre de ces personnes dépassent les 60 ans, ce qui pose de nouvelles questions tant parce que les parents peuvent être décédés que parce qu'il convient d'inventer de nouveaux modes de prise en charge.

L'évolution des prises en charge et des structures institutionnelles joue un rôle important dans le devenir de ces personnes.

Pour ce qui est de la psychiatrie, outre le développement des psychotropes, le devenir est sensible aux modes de prise en charge. Ainsi

la psychiatrie a-t-elle connu deux mouvements de désinstitutionalisation : le premier après la Seconde Guerre mondiale, surtout entre 1960 et 1975 avec la mise en place des secteurs psychiatriques qui permirent les prises en charge ambulatoires et la sortie de patients dits « chroniques » ; ceci conduisit aussi à réduire la « fabrication » de nouveaux chroniques (J.-M. Talpin, 1999c). Le second dans les années 1980 avait surtout un objectif économique de réduction du nombre de lits d'hospitalisation. Il convient enfin de souligner, à partir des mêmes années, l'émergence de services de gérontopsychiatrie qui visent les personnes de plus de 65 ans : ainsi certains patients changent-ils d'équipe soignante, ce qui génère souvent de l'angoisse mais aussi un changement de regard qui peut être dynamisant. Ces sujets sont alors moins vus selon leur pathologie que comme des personnes vieillissantes. La reprise des dossiers psychiatriques des patients vieillissants est très instructive, moins de l'histoire du patient que de celle de la psychiatrie : on y voit le plus souvent nombre de diagnostics qui témoignent de l'évolution du patient mais aussi des changements de psychiatre ainsi que des « modes » ; ainsi actuellement rencontre-t-on beaucoup de « bipolaires » !

Pour ce qui est des personnes dites « handicapées mentales » (le plus souvent sur le mode d'un déficit cognitif), qui bénéficient d'un statut reconnu socialement, la question de leur vieillissement a commencé à se poser dans les années 1980 avec en particulier des recherches de N. Breitenbach et celles de G. Zribi. Jusque-là, la question ne se posait pas, d'une part car cette population était numériquement réduite, d'autre part parce qu'elle était traditionnellement (et en l'absence de structure d'accueil) gardée au foyer parental. Le développement des institutions destinées aux personnes handicapées a d'une part participé à l'accroissement de leur espérance de vie, d'autre part fait ressortir socialement le problème : qu'allaient devenir ces personnes, l'âge de la retraite atteint ? Plusieurs réponses furent proposées, qui demeurent d'actualité : créer des services spécifiques d'aide à domicile pour les personnes en hébergement individuel ou

semi-collectif, créer des lieux de vie collectifs pour personnes handicapées vieillissantes, orienter ces personnes vers les maisons de retraite « généralistes » (J.-M. Talpin, O. Talpin-Jarrige, 2002 ; J.-M. Talpin, 2011c).

Tous ces éléments étant posés, nous voyons qu'il est bien difficile, contrairement à ce qui fit la psychiatrie classique, de parler de « génie de la maladie » qui renverrait à une évolution intrinsèque. Les travaux, peu nombreux sur la question et essentiellement d'ordre épidémiologique (on citera en particulier C. Müller, J. Wertheimer, L. Ciompi, J.-M. Léger), soulignent trois choses principales :

– la « règle des trois tiers » : quelles que soient les pathologies, un tiers des patients verrait leur état s'améliorer (au moins en termes de critère d'acceptation sociale, de baisse de la visibilité des symptômes), un tiers se stabiliserait (en particulier en fonction d'un environnement familial et/ou institutionnel stable), un tiers verrait leur état s'aggraver, ce qui conduit souvent alors à une institutionnalisation (éventuellement définitive) en service psychiatrique ou gériatrique ;

– une certaine abrasion des manifestations symptomatiques, en particulier, pour les psychoses, sur un mode déficitaire (repli sur soi, difficultés cognitives majeures, forte ritualisation) et, pour les névroses, sur un mode asthénique et/ou de plaintes somatiques de type hypocondriaque (cf. *supra*) ;

– enfin, toutes les organisations psychiques ayant décompensé à l'âge adulte semblent pouvoir évoluer vers une pathologie démentielle sauf la paranoïa, ce qui mériterait un travail de recherches approfondi.

Le travail du clinicien est alors moins un travail thérapeutique (au sens de la mise en route d'un travail psychique approfondi), encore qu'il ne faille évidemment jamais l'exclure (cf. le bel article de A. Paillard dans *La Part bébé du soi*), qu'un travail d'accompagnement de certaines transitions de vie et de lieu de vie. Ceci peut s'avérer difficile car, dans le déficit comme dans la psychose, le temps secondaire est peu ou pas construit, ce qui rend le rapport au présent,

et plus encore au futur, très difficile à appréhender et à penser (J.-M. Talpin, 2017b). Alors que certains patients dépendant d'institution dans l'âge adulte s'avèrent en grand danger psychique, voire vital, lors d'un changement d'institution, d'autres s'adaptent très vite, réalisant d'une institution sur l'autre un transfert de dépendance qui montre que les relations étaient sur le fond peu personnalisées : ainsi de M. Jacques qui, après vingt ans de foyer lié à un ESAT, s'adapta très vite à la maison de retraite à la surprise des éducateurs qu'il sollicitait beaucoup ; il fit de même avec le personnel de la maison de retraite et continua (l'équipe en prit alors conscience) à désigner les professionnels par leur métier, comme s'ils n'existaient qu'à travers celui-ci et non dans une identité individuelle repérable à un nom, à un prénom… L'épreuve fut rude pour ces professionnels, attachés, eux, individuellement à ce monsieur !

Conclusion

La clinique du vieillissement normal et pathologique est, ainsi que l'ensemble de cet ouvrage le donne à voir, une clinique riche, pleine de nuances, complexe, car articulée à l'histoire et à l'organisation psychique du sujet, à son corps, à son inscription sociale et familiale, à ses rapports aux institutions (de travail comme de soin ou de vie). C'est aussi une clinique qui s'enrichit tant des recherches contemporaines en psychopathologie, qui sont en plein essor, que de celles dans le champ de la psychologie cognitive et des neurosciences, en particulier en ce qui concerne les démences.

Cette clinique mobilise de nombreuses modalités de prises en charge : singulière, groupale, familiale, à médiation, institutionnelle (sur ce point, nous renvoyons à l'ouvrage, complémentaire de celui-ci, *Clinique du sujet âgé : pratiques psychologiques*, dirigé par B. Verdon, 2012). Soulignons juste que l'une de ses spécificités est que le thérapeute (ou le soignant) y est toujours plus jeune que son patient, ce qui met en tension deux dimensions du transfert (J.-M. Talpin, 2003a-b, 2004d) : parental et filial. Le transfert parental est le transfert classique : le patient transfère sur le thérapeute ses figures parentales, ses relations à elles, toujours très vives dans la vieillesse, voire revivifiées parce que disparues, parce que le sujet s'identifie à elles dans leur propre vieillissement, y cherchant, le cas échéant, protection. Ce sujet peut chercher à élaborer *in fine* ce qui reste en souffrance de la relation à ses parents, justement dans un moment où il est affecté par des pertes (corporelles, sociales, d'objet), où il refait l'expérience du sentiment de détresse lié à la petite enfance. Le

transfert filial désigne ce que le sujet a transféré ou cherche à transférer sur sa descendance, là aussi avec un certain sentiment d'urgence. Ceci renvoie d'une part aux transmissions psychiques autour de la naissance de la descendance, à ce qui est confié à l'enfant des attentes des parents, d'autre part à ce que le parent désire déposer, tardivement, dans sa descendance et/ou dans le thérapeute afin qu'il le conserve au-delà de sa mort à lui, sujet âgé.

Le travail avec les âgés se double encore d'une autre dimension que nombre de professionnels soulignent : bien des sujets âgés qu'ils rencontrent dans des entretiens psychothérapiques ou de soutien disent souffrir de solitude ; dès lors, ce qui est investi est moins un espace pour un travail psychique qu'une rencontre avec une personne disponible, attentive, bienveillante. Ceci rend souvent difficile la décision d'arrêter les entretiens car l'âgé serait alors renvoyé à sa solitude : dans un groupe d'analyse de la pratique, une psychologue en CMP rapportait qu'elle était la seule personne à laquelle une consultante célibataire sans enfants disait parler en dehors des petits échanges avec les commerçants.

Ceci ouvre sur l'importance, à côté des suivis individuels, de la mise en place de groupes thérapeutiques, de groupes sociaux (d'accueil par exemple lors de l'entrée en institution) et de groupes institutionnels sur le mode, lorsque cela est possible, des réunions soignés-soignants (ou résidents-professionnels). Ainsi, à côté du transfert sur le thérapeute, peuvent se développer des transferts latéraux qui soutiendront ensuite des relations sociales, en particulier dans une vie en institution.

Bibliographie

Abraham, K. (1913), « Quelques remarques sur le rôle des grands-parents dans la psychologie des névroses », *Rêve et Mythe. Œuvres complètes*, t. I, Paris, Payot, 1965, p. 129-132.

Abraham, K. (1920), « Le pronostic du traitement psychanalytique chez les sujets d'un certain âge », *Œuvres complètes*, *(1913-1925)*, t. II, Paris, Payot, 1966, p. 92-96.

Abraham, N., Torok, M. (1978), *L'Écorce et le Noyau*, Paris, Aubier.

Allouch, A. (1992), *Jean Martin Charcot et les Origines de la gériatrie*, Paris, Payot.

Anzieu, D. (1985), *Le Moi-peau*, Paris, Dunod.

Assoun, P.-L. (1982), « L'archaïque chez Freud : entre Logos et Anankè », *Nouvelle Revue de psychanalyse. L'archaïque*, 26, p. 11-44.

Assoun, P.-L. (1983), « Le vieillissement saisi par la psychanalyse », *Communications*, 37, p. 167-180.

Attias-Donfut, C. (1995), *Les Solidarités entre générations*, Paris, Nathan.

Attias-Donfut, C., Rosenmayr, L. (1994), *Vieillir en Afrique*, Paris, PUF.

Attias-Donfut, C., Segalen, M. (1998), *Grands-parents. La famille à travers les générations*, Paris, Odile Jacob.

Aulagnier, P. (cf. Castoriadis-Aulagnier, P.).

Balier, C. (1976), « Éléments pour une théorie narcissique du vieillissement », *Cahiers de gérontologie*, décembre, p. 128-153.

Balier, C. (1979), « Pour une théorie narcissique du vieillissement », *L'Information psychiatrique*, vol. 55, n° 6, p. 635-645.

Balint, M. (1933), « The Psychological Problem of Growing Old », *Topique*, décembre 2005, n° 93, p. 9-12.

Barin, D. (1994), « Milieu de la vie et réponse symbolique », *Le Journal des psychologues*, juin, n° 118, p. 49-51.

Baudin, M. (2005), « La position hypocondriaque entre mélancolie, hystérie et névrose obsessionnelle », *Champ psychosomatique*, n° 35, p. 55-66.

Bayle, G. (1996), « Les clivages », *Revue française de psychanalyse*, numéro spécial congrès, Paris, PUF, p. 1303-1547.

Bayle, G. (2001), *Épître aux insensés*, Paris, PUF.

Berga V., Bouisson J. (2008), « Vieillesse et routinisation : état de la question », *Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement,* vol. 6, n° 4, 236-243.

Bergeret, J. (1981), *La Violence fondamentale*, Paris, Dunod.

Bergeret, J. (1982), « La deuxième crise d'adolescence », *in* Guillaumin, J., Reboul, H., *Le Temps et la Vie*, Lyon, éd. Chronique sociale, p. 71-78.

Bergeret, J. (1985), *La Personnalité normale et pathologique*, Paris, Dunod.

Bianchi, H. (1980), « Travail du vieillir et "travail du trépas" », *Psychanalyse à l'université*, t. V, septembre, n° 20, p. 613-619.

Bianchi, H. (1987), *Le Moi et le Temps*, Paris, Dunod.

Bianchi, H. (1989), *La Question du vieillissement*, Paris, Dunod.

Bion, W. (1959), « Attaques contre les liens », *Nouvelle Revue de psychanalyse. Le trouble de penser*, n° 25, Paris, Gallimard, printemps 1982, p. 285-298.

Bleger, J. (1966), « Psychanalyse du cadre psychanalytique », *in* Kaës, R., *Crise, rupture et dépassement*, Paris, Dunod, 1979, p. 254-274.

Bleger, J. (1971), « Le groupe comme institution et le groupe dans les institutions », *in* Kaës, R., *L'Institution et les Institutions*, Paris, Dunod, 1987, p. 47-61.

Boubli, M., Elbez, J.-C. (2002), « États hypocondriaques à l'adolescence », *Revue française de psychosomatique*, Paris, PUF, n° 22, p. 139-150.

Bouchet, S. (1992), *De mère à grand-mère*, Paris, Bayard.

Bouyet, S., Mietkiewicz, M.-C. (2000), *Histoire(s) de grands-parents*, Paris, L'Harmattan.

Breitenbach, N., Roussel, P. (1990), *Les Personnes handicapées vieillissantes*, Paris, CTNERHI.

Bydlowski, M. (1997), *La Dette de vie*, Paris, PUF.

Bydlowski, M., Bourguignon, O. (1995), *La Recherche en psychopathologie*, Paris, PUF.

Camus, A. (1942), *Le Mythe de Sisyphe*, Paris, Gallimard.

Castoriadis-Aulagnier, P. (1975), *La Violence de l'interprétation*, Paris, PUF.

Castoriadis-Aulagnier, P. (1982), « Condamné à investir », *Nouvelle revue de psychanalyse. Le trouble de penser*, n° 25, Paris, Gallimard, printemps, p. 309-330.

Castoriadis-Aulagnier, P. (1984), *L'Apprenti-historien et le Maître-sorcier*, Paris, PUF.

Célérier, M.-C. (2005), « Métaphore hystérique, métonymie hypocondriaque », *Champ psychosomatique*, mars, n° 39, p. 13-32.

Charazac, P.-M. (1998), *Psychothérapie du patient âgé et de sa famille*, Paris, Dunod.

Charazac, P.-M. (2001), *Introduction aux soins géronto-psychiatriques*, Paris, Dunod.

Charazac, P.-M. (2005), *Comprendre les* crises *de la vieillesse*, Paris, Dunod.

Charazac, P.-M. (2009), *Soigner la maladie d'Alzheimer*, Paris, Dunod.

Chasseguet-Smirgel, J. (1990), *La Maladie d'idéalité*, Paris, Éditions universitaires, 291 p.

Chevance, A. (2005), « Désir d'oubli chez le patient Alzheimer, un concept clef pour une prise en charge psychothérapique », *in* Talpin, J.-M., *Cinq Paradigmes cliniques du vieillissement*, Paris, Dunod, p. 107-146.

Chrétien, J.-L. (1996), *De la fatigue*, Paris, Éditions de Minuit.

Ciccone, A. (1999), *La Transmission psychique inconsciente*, Paris, Dunod.

Ciompi, L. (1970), « L'évolution des maladies mentales préexistantes sous l'influence de la vieillesse », *Confrontations psychiatriques*, n° 5, p. 113-131.

Corbin, A. (2003), *Le Monde retrouvé de Louis-François Pinagot,* Paris, Flammarion.

Dadoun, R., Ponthieu, G. (1999), *Vieillir et Jouir*, Paris, Phébus.

Danon-Boileau, H. (2000), *De la vieillesse à la mort : point de vue d'un usager,* Paris, Calmann-Lévy.

Danon-Boileau, H. (2007), « Vieillir… de l'importance d'une identité de vieillard bien assumée », *Corps et Psyché, comment vieilliront-ils ensemble ?*, actes de la 20e journée d'étude de l'ARAGP, p. 23-37.

David, C. (1996), « Le deuil de soi-même », *Revue française de psychanalyse*, LX-1, Paris, PUF.

Debray, R. (2002), *Épître à ceux qui somatisent*, Paris, PUF, 200 p.

Dedieu-Anglade, G. (1970), « Psychothérapie au cours du troisième âge. Aperçu des problèmes théoriques et techniques », *Confrontations psychiatriques*, n° 5, p. 167-188.

Dedieu-Anglade, G. (1981), « Psychothérapie des troubles psychonévrotiques au cours du vieillissement », *Encyclopédie médico-chirurgicale*, 37541 A10, p. 1-8.

Dejours, C. (1988), *Le Corps entre biologie et psychanalyse,* Paris, Payot.

Dejours, C. (1989), *Recherches psychanalytiques sur le corps,* Paris, Payot.

Duras, M. (1982), *La Maladie de la mort*, Paris, éd. de Minuit.

Durif-Bruckert, C. (1994), *Une fabuleuse machine*, Paris, Métailié.

Eiguer, A. (1997), « La part maudite de l'héritage », *Le Générationnel. Approche en thérapie familiale psychanalytique*, Paris, Dunod, p. 14-70.

Eiguer, A. (2004), *L'inconscient de la maison*, Paris, Dunod.

Eiguer, A. (2006), « Le don et la dette ou le malentendu de la générosité », *La Part des ancêtres*, Paris, Dunod, p. 11-86.

Enriquez, M. (1987), « L'enveloppe de mémoire et ses trous », *in* Anzieu, D., *Les Enveloppes psychiques*, Paris, Dunod, p. 90-113.

Fédida, P. (1995), « L'hypocondriaque médecin », *L'Hypocondrie*, monographie de la Revue française de psychanalyse, Paris, PUF, p. 113-136.

Ferrant, A. (2001), *Pulsion et Liens d'emprise*, Paris, Dunod.

Ferret, S. (1996), *Le Bateau de Thésée*, Paris, éd. de Minuit.

Fiel, N. (1992), *Validation*, Paris, éd. Pradel, 1994.

Freud, S. (1895), « Projet d'une psychologie », *Lettres à W. Fliess 1887-1904, Paris,* PUF, 2006.

Freud, S. (1899), « Sur les souvenirs-écrans », *Névrose, psychose et perversion*, Paris, Payot, 1978, p. 113-132.

Freud, S. (1904), « De la psychothérapie », *La Technique psychanalytique*, Paris, PUF, 1977, p. 9-22.

Freud, S. (1905), *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Paris, Gallimard, 1987.

Freud, S. (1911a), « Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (le président Schreber) », *Cinq Psychanalyses*, Paris, PUF, 1997, p. 263-324.

Freud, S. (1911b), « Formulations sur les deux principes du cours des événements psychiques », *Résultats, idées, problèmes I*, Paris, PUF, 1984, p. 135-143.

Freud, S. (1914a), « Remémoration, répétition et perlaboration », *La Technique psychanalytique*, Paris, PUF, 1989, p. 105-115.

Freud, S. (1914b), « Pour introduire le narcissisme », *La Vie sexuelle*, Paris, PUF, 1977, p. 81-105.

Freud, S. (1915a), « Éphémère destinée », *Résultats, idées, problèmes I*, Paris, PUF, 1991, p. 233-236.

Freud, S. (1915b), « Deuil et mélancolie », *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, 1968, p. 145-171.

Freud, S. (1915c), « Considérations actuelles sur la mort et la guerre », *Essais de psychanalyse appliquée*, Paris, Payot, p. 6-40.

Freud, S. (1920), « Au-delà du principe de plaisir », *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1981, p. 41-116.

Freud, S. (1921), « Psychologie des foules et analyse du moi », *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1981, p. 117-218.

Freud, S. (1923), « Le moi et le ça », *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1981, p. 219-275.

Freud, S. (1926), *Inhibition, symptômes et angoisse*, Paris, PUF, 1993.

Freud, S. (1929), *Malaise dans la civilisation*, Paris, PUF, 1971.

Freud, S. (1933), *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*, Paris, Gallimard, 1984.

Freud, S. (1937a), « Construction dans l'analyse », *Résultats, idées, problème II*, Paris, PUF, 1985, p. 269-282.

Freud, S. (1937b), « L'analyse avec fin et l'analyse sans fin », *Résultats, idées, problèmes II*, Paris, PUF, 1985, p. 231-268.

Freud, S., Breuer, J. (1895), *Études sur l'hystérie*, Paris, PUF, 1956.

Gaucher, J. (1982), « Le temps rompu par l'âge », *in* Guillaumin, J., Reboul, H., *Le Temps et la Vie*, Lyon, éd. Chronique sociale, p. 47-53.

Gibeault, A. (1995), « La solution hypocondriaque », *in* Aisenstein, M. *et al.*, *L'Hypocondrie*, monographie de la Revue française de psychanalyse, Paris, PUF, p. 99-112.

Golse, B. (2004), « Structure des états ou structure des processus ? », *Le Carnet psy*, septembre-octobre, p. 26-32.

Green, A. (1983a), *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, Paris, éd. de Minuit.

Green, A. (1983b), « L'idéal : mesure et démesure », *Nouvelle Revue de psychanalyse. Idéaux*, n° 27, Paris, Gallimard, p. 8-33.

Green, A. (1990), *La Folie privée*, Paris, Gallimard.

Grepet, F. (2009), « Archaïsme dans le vieillissement pathologique », *Penser les troubles de la pensée… La psychanalyse du vieillissement confrontée aux troubles cognitifs*, actes de la 21e journée d'étude de l'ARAGP, p. 37-47.

Grosclaude, M. (1987), « Le dément sénile : un sujet perdu, un sujet (re)trouvable ? », *Psychologie médicale*, vol. XXVII, n° 8.

Grosclaude, M. (2000), « Quelque chose est arrivé. Penser les démences comme un traumatisme », *Perspectives psychiatriques*, vol. XXXIX, numéro spécial, p. 38-45.

Grunberger B. (1975), *Le narcissisme. Essais de psychanalyse*, Paris, Payot.

Gueydan, M. (1991), *Femmes en ménopause*, Toulouse, Érès.

Guillaumin, J. (1980), *Corps création entre lettres et psychanalyse*, Lyon, Presses universitaires de Lyon.

Guillaumin, J. (1982), « Le temps et l'âge : réflexion psychanalytique sur le vieillir », *in* Guillaumin, J., Reboul, H., *Le Temps et la Vie*, Lyon, éd. Chronique sociale, p. 133-144.

Guillaumin, J. (1988), « Le devenir des identifications et des objets internes au cours de la vie », *Études psychothérapiques*, 19e année, 1, p. 9-22.

Hanon, C. (2012*),* *Devenir vieux. Les enjeux de la psychiatrie du sujet âgé,* Paris, Doin.

Hanus, M. (1991), « Fantasmes originaires et fantasmes terminaux », *Revue française de psychanalyse*, mai, p. 1195-1197.

Heimnann, P. (1979), « Libres propos sur les enfants et ceux qui n'en sont plus », *Nouvelle Revue de psychanalyse. L'enfant*, n° 19, Paris, Gallimard, p. 77-98.

Herfray, C. (1988), *La Vieillesse. Une interprétation psychanalytique*, Paris, Épi-Desclée de Brouwer.

Houde, R. (1991), *Les Temps de la vie*, Montréal, Gaëtan Morin.

Hummel-Stricker, C. (2000), *Représentations sociales de la vieillesse*, thèse de sociologie, université de Genève.

Irrigaray, L. (1973), *Le Langage des déments*, Paris-La Haye, éd. Mouton.

Jaques, E. (1955), « Des systèmes sociaux comme défense contre l'anxiété dépressive et l'anxiété de persécution », *in* Lévi, A., *Psychologie sociale. Textes fondamentaux anglais et américain*, Paris, Dunod, 1978, p. 246-265.

Jaques, E. (1963), « Mort et crise du milieu de la vie », *in* Anzieu, D. *et al.*, *Psychanalyse du génie créateur*, Paris, Dunod, 1974, p. 238-260.

Janin, C. (1996), *Figures et Destins du traumatisme*, Paris, PUF.

Jarrige, O., Talpin, J.-M., Giraud, E. (1993), « Le délire de l'âgé, entre psychose et démence », *Psychologie médicale*, t. XXV, n° 8, p. 735-727.

Jarrige, O., Talpin, J.-M. (1994), « Quand le dément ne reconnaît plus les siens », *L'Information psychiatrique*, n° 4, p. 343-347.

Jones, E. (1948), « Le fantasme de renversement de l'ordre des générations », *Théorie et Pratique de la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969, p. 372-377.

Josserand S.-A. (2016), « Mourir Alzheimer », *in* Charazac P.-M., *Le groupe dans l'institution gériatrique,* Paris, Dunod, p. 123-152.

Joubert, C. (1993), *Des ancêtres insuffisamment bons : étude du mythe familial à travers*

la technique psychanalytique du groupe famille, thèse, université de Grenoble.

Joubert, C. (2005), « L'ancêtre insuffisamment bon : le maillon générationnel défaillant », *in* Decherf, G., Darchis, E., *Crises familiales : violence et reconstruction*, Paris, In Press, p. 195-213.

Kaës, R. (1979), « Introduction à l'analyse transitionnelle », *Crise, rupture et dépassement*, Paris, Dunod, p. 1-81.

Kaës, R. (1984), « Étayage et structuration du psychisme », *Connexions*, 44, p. 11-48.

Kaës, R. (1988), « La crise du milieu de la vie et l'interférence du temps des générations », *Le Journal des psychologues*, numéro hors-série, p. 49-65.

Kaës, R. (1989), « Psychanalyse et représentation sociale », *in* Jodelet D., *Les représentations sociales,* Paris, PUF, p. 87-114.

Kaës, R. (1993a), « Le sujet en héritage », *Transmission de la vie psychique entre les générations*, Paris, Dunod, p. 1-16.

Kaës, R. (1993b), *Le Groupe et le Sujet du groupe*, Paris, Dunod.

Kübler-Ross, E. (1969), *Les Derniers Instants de la vie*, Genève, Labor et Fides, 1975.

Laeng, N. (2002), « De l'oubli démentiel au souvenir transmissible : expérience d'un groupe de musicothérapie », *À fleur de peau – Enveloppe, contenance et vieillissement*, 15e journée d'étude de l'ARAGP, p. 39-49.

Laplanche, J. (1970), *Vie et Mort en psychanalyse*, Paris, Flammarion.

Laplanche, J., Pontalis, J.-B. (1964), *Fantasme originaire, fantasme des origines, origines du fantasme*, Paris, Hachette, 1985.

Lebovici, S. (2002), « Le vieillissement », *in* Eustache, F. et Wolf, M., *Trouble neurologique, conflit psychique*, Paris, PUF.

Léger, D., Léger, J.-M. (1992), « Influence du vieillissement sur les schizophrénies », *Annales médico-psychologiques*, 150, n° 9, p. 633-658.

Le Gouès, G. (1991), *Le Psychanalyste et le Vieillard*, Paris, PUF.

Le Gouès, G. (2000), *L'Âge et le Principe de plaisir*, Paris, Dunod.

Le Gouès, G. (2004), *Un désir dans la peau : la chirurgie plastique sur le divan*, Paris, Hachette littérature.

Leriche R. (1949), *La chirurgie, discipline de la connaissance*, Paris, La Diane Française.

Luesma, S. (1997), « Sujets déments et groupe de parole : un jeu de réétayage possible », *in* Grosclaude M. (dir.), *Psychothérapies des démences. Quels fondements ? Quels objectifs ?,* Paris, John Libbey Eurotext, p. 71-75.

Luesma, S. (1998), « Démence et groupe : les limites à l'œuvre », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, Toulouse, Érès, n° 29, p. 142-149.

Luesma, S. (2000), « Travail du vieillir et démence : un sujet en perte de transitionnalité », *Devenir des liens, devenir des personnes*, actes de la 14e journée d'étude de l'ARAGP, p. 13-28.

Luria, A. (1994), *L'Homme dont la mémoire volait en éclat*, Paris, éd. du Seuil.

Maisondieu, J. (1989), *Le Crépuscule de la raison*, Paris, éd. Centurion.

Meltzer, D. (1964), « The Differentiation between Somatic Delusions from Hypochondria », *The International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 45, n° 2-3, p. 246-250.

Messy, J. (1992), *La Personne âgée n'existe pas*, Marseille, Rivages.

Millet, L. (1990), *Crise du milieu de la vie. Aspects psychopathologiques*, Paris, Masson.

Müller, C., Wertheimer, J. (1981), *Psychogériatrie*, Paris, Masson.

M'Uzan, M. de (1977), *De l'art à la mort*, Paris, Gallimard.

Ngatcha-Ribert, N. (2012), *Alzheimer : la construction sociale d'une maladie*, Paris, Dunod.

Oppenheim-Gluckman, H. (1996), *Mémoire de l'absence. Clinique psychanalytique des réveils de coma*, Paris, Masson.

Oppenheim-Gluckman, H. (2000), *La Pensée naufragée. Clinique psychopathologique des patients cérébro-lésés*, Paris, Anthropos.

Paillard, A. (2011), « Soutenir les mouvements de vie quels que soient l'âge et la maladie », *in* Ciccone, A., *La Part bébé du soi*, Paris, Dunod.

Pennac, D. (2012), *Journal d'un corps*, Paris, Gallimard.

Perrier, F. (1959), « Psychanalyse de l'hypocondriaque », *La Chaussée d'Antin*, t. II, Paris, 10-18, 1978, p. 247-274.

Péruchon, M. (1994), *Le Déclin de la vie psychique*, Paris, Dunod.

Péruchon, M. (2005), « Les compétences somato-psychiques

au cours du vieillissement et de la vieillesse », *in* Talpin, J.-M., *Cinq Paradigmes cliniques du vieillissement*, Paris, Dunod, p. 23-46.

Péruchon, M. (2011), *La Maladie d'Alzheimer. Entre psychosomatique et neuropsychanalyse. Nouvelles perspectives,* Paris, Hermann.

Péruchon, M., Orgiazzi-Billon-Galland (2008), « Le corps entre pulsion et sublimation ou d'un continuum sublimatoire », *Cahiers de psychologie clinique*, Bruxelles, De Boeck, n° 30, p. 39-58.

Péruchon, M., Thomé-Renault, A. (1989), « De la filiation dans l'âge avancé », *Psychanalyse à l'université*, t. XIV, n° 56, p. 133-145.

Péruchon, M., Thomé-Renault, A. (1992), *Destins ultimes de la pulsion de mort*, Paris, Dunod.

Ploton, L. (1990), *La Personne âgée. Son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence,* Lyon, éd. Chronique sociale.

Ploton, L. (1996), *La Maladie d'Alzheimer, à l'écoute d'un langage*, Lyon, éd. Chronique sociale.

Pragier, G. (1995), « Enjeux métapsychologiques de l'hypocondrie », *in* Aisenstein, M., *L'hypocondrie*, monographie de la Revue française de psychanalyse, p. 73-90.

Quinodoz, D. (1993), « Le travail de vieillir », *Le Travail de vieillir… Enrichissement ou appauvrissement*, actes de la 10e journée d'étude de l'ARAGP, Lyon, p. 4-16.

Quinodoz, D. (2006), « Vieillir, il n'est jamais trop tard », *Faire du neuf avec des vieux. Penser la vieillesse aujourd'hui*, actes de la 20e journée d'étude de l'ARAGP, Lyon, p. 7-22.

Reboul, H. (1982), « Le déroulement du temps et le vieillissement », *in* Guillaumin, J., Reboul, H., *Le Temps et la Vie*, Lyon, éd. Chronique sociale, p. 21-28.

Roos, C. (2003), « Maladie et/ou travail du vieillir, quelle voie possible ? », *Corps et psyché, comment vieilliront-ils ensemble ?*, actes de la 17e journée d'étude de l'ARAGP, Lyon, p. 23-34.

Rosenberg, B. (1991), *Masochisme mortifère et Masochisme gardien de la vie*, monographie de la Revue française de psychanalyse, Paris, PUF.

Rosenberg, B. (1997), *Le Moi et son angoisse*, monographie de la Revue française de psychanalyse, Paris, PUF.

Roth, P. (2006), *Un homme*, Paris, Gallimard, 2007.

Rouart, J. (1963), « Les âges de la vie et la psychopathologie », *L'Évolution psychiatrique*, XXVIII-1, p. 65-97.

Roussillon, R. (1991a), *Paradoxes et Situations limites de la psychanalyse*, Paris, PUF.

Roussillon, R. (1991b), « Le paradoxe du déficit », *Psychologie médicale*, p. 1305-1313.

Roussillon, R. (1992), « Voyager dans le temps », *Revue française de psychanalyse*, t. LVI-4, p. 969-978.

Roussillon, R. (1995), « La métapsychologie des processus et la transitionnalité », *Revue française de psychanalyse*, 1995, t. LIX, numéro spécial congrès, p. 1351-1522.

Roussillon, R. (2001), *Agonie, clivage et symbolisation*, Paris, PUF.

Roussillon, R. (2005), « Les situations extrêmes et la clinique de la survivance », *in* Furtos, J. et Laval, C., *La Santé mentale en acte*, Toulouse, Érès.

Roussillon, R. (2008a), « Le besoin de sécurité », *in* Furtos, J., *Les Cliniques de la précarité*, Paris, Elsevier-Masson, p. 52-62.

Roussillon, R. (2008b), « Corps et actes messagers », *in* Chouvier, B. et Roussillon, R., *Corps, actes et symbolisation*, Bruxelles, De Boeck, p. 23-37.

Roussillon, R. *et al.* (2007), *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale,* Paris, Masson.

Sagne, A. (2006), « L'accès à son Paysage Intérieur par la confection d'un tableau personnel : la mémoire "revient" en présence du groupe », *Le Temps, l'âge et le groupe*, actes de la 19e journée d'étude de l'ARAGP, Lyon, p. 17-24.

Sandler, J., Sandler, A.-M. (1992), « Réflexion sur la régression et l'antirégression », *Revue française de psychanalyse*, Paris, PUF, t. LVI, n° 4, p. 1089-1099.

Segal, H. (1958), « La peur de la mort : notes sur l'analyse d'un homme âgé », *Délire et Créativité*, Paris, éd. des Femmes, 1987, p. 289-304.

Talpin, J.-M. (1994a), « Penser les crises du mitan », *Le Journal des psychologues*, n° 118, p. 40-44.

Talpin, J.-M. (1996), « Cadre institutionnel et cadre thérapeutique dans le travail avec les déments âgés », *L'Évolution psychiatrique*, 61-2, 1996, p. 393-406.

Talpin, J.-M. (1998a), « L'institution en souffrance : les défenses et le temps », *La Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, n° 19, p. 27-31.

Talpin, J.-M. (1998b), « L'identité à l'épreuve de la retraite », *in* Conrath, P., *Développements : construction du sujet et identité sociale*, actes du XV^e^ forum des psychologues, Marseille, Hommes et Perspectives, p. 71-80.

Talpin, J.-M. (1999a), « Vous avez dit démence ? Le diagnostic de démence : l'annonce et ses effets », *Handicap*, n° 82, p. 69-84.

Talpin, J.-M. (1999b), « Affiliations et pulsionnalité à la retraite », *Canal psy*, Lyon, p. 8-9.

Talpin, J.-M. (1999c), « Fonctions psychiques de la chronicité », *in* Bokobza, H. (dir.), *Soin et Psychose : question de temps*, Paris, Les cahiers d'Isadora-L'Harmattan, p. 316-330.

Talpin, J.-M. (2000), « "Mais vous êtes chez vous ici" ou les paradoxes du chez-soi en institution », *Devenir des liens, devenir des personnes : un travail de la transition*, actes des 14^es^ journées d'étude de l'ARAGP, Lyon, 27-XI-1999, p. 69-79.

Talpin, J.-M. (2001a), « Le sentiment amoureux à l'épreuve du temps », *Le Croquant*, n° 30-31, p. 184-193.

Talpin, J.-M. (2001b), « L'institution gériatrique et l'hospitalité », *in* Montandon, A., *Lieux d'hospitalité : hospices, hôpital, hostellerie*, Clermont-Ferrand, Presses universitaires Blaise-Pascal, p. 173-182.

Talpin, J.-M. (2002a), « Corps et vieillissement », *in* Dumet, N. et Broyer, G., *Cliniques du corps*, Lyon, PUL, p. 135-143.

Talpin, J.-M. (2002b), « Le sujet décontenancé de la mémoire. Éléments pour une clinique de l'hyper- et de l'hypomnésie », *À fleur de peau. Enveloppes, contenance et vieillissement*, actes de la 15^e^ journée d'étude de l'ARAGP, p. 49-61.

Talpin, J.-M. (2002c), « De la mort psychique à l'impensable futur. Les enjeux institutionnels dans les établissements gériatriques », *in* Amado, G. *et al.*, *Pratiques de consultation. Histoire,*

enjeux, perspectives, Paris, L'Harmattan, p. 87-96.

Talpin, J.-M. (2003a), « Un vieillard désavoue un enfant. Aléas de la transmission psychique et du transfert », *Perspectives psy*, 42-1, p. 50-55.

Talpin, J.-M. (2003b), « L'impératif de la transmission psychique tardive chez le vieillard sans enfant », *L'Information psychiatrique*, vol. 79, n° 9, p. 757-763.

Talpin, J.-M. (2003c), « La crise de la fin d'hospitalisation ou le devenir du transfert sur le cadre institutionnel », *Cahiers du CRPPC*, Lyon, université Lyon 2, p. 281-295.

Talpin, J.-M. (2004a), « Parole du sujet, parole du groupe, éthique et décision », *in* Pancrazi, M.-P. et Metais, P., *Éthique et Démence*, Paris, Masson-Acanthe, p. 33-45.

Talpin, J.-M. (2004b), « S'atteler à l'écriture, écriture de soi et vieillissement », *in* Sudres, J.-L. *et al.*, *La Personne âgée en art-thérapie. De l'expression au lien social*, Paris, L'Harmattan, p. 81-92.

Talpin, J.-M. (2004c), « Deuil partiel, deuil total », *Corps et Psyché, comment vieilliront-ils ensemble ?*, actes de la 17e journée d'étude de l'ARAGP, Lyon, p. 50-57.

Talpin, J.-M. (2004d), « Le vieil archaïque », *Cahiers du CRPPC. Penser l'archaïque*, n° 14, Lyon, p. 68-83.

Talpin, J.-M. (2005a), « La haine de la descendance ou le fantasme de la bombe à retardement », *Le Divan familial*, no 15, p. 167-176.

Talpin, J.-M. (2005b), « L'entrée dans la littérature de la démence de type Alzheimer », *Gérontologie et société. Vieillir dans la littérature*, n° 114, p. 59-73.

Talpin, J.-M. (2005c), « L'âgé en institution, ses droits et l'inconscient », *Gérontologie et société. Droit des usagers*, n° 115, Fondation nationale de gérontologie, p. 135-150.

Talpin, J.-M. (2005d), « Avant-propos », *in* Talpin, J.-M. (dir.), *Cinq Paradigmes cliniques du vieillissement*, Paris, Dunod, p. IX-XII.

Talpin, J.-M. (2005e), « Le paradigme structural », *in* Talpin, J.-M. (dir.), *Cinq Paradigmes cliniques du vieillissement*, Paris, Dunod, p. 1-22.

Talpin, J.-M. (2006), « Lire le vieillir avec l'Ecclésiaste : le bilan de vie entre dépression et sagesse », *in* Montandon, A., *Eros, blessure et folie. Détresses du vieillir*, Clermont-Ferrand, Presses universitaires Blaise-Pascal, p. 15-31.

Talpin, J.-M. (2007a), « Le parent âgé, la famille et l'institution », *in* Dreyer, P. et Ennuyer, B. (dir.), *Quand nos parents vieillissent*, Paris, Autrement, p. 150-161.

Talpin, J.-M. (2007b), « La crise de la fin d'hospitalisation en gérontopsychiatrie », *L'Information psychiatrique*, vol. 83, n° 9, p. 767-774.

Talpin, J.-M. (2007c), « Trauma, témoignage et création », *in* Brun, A., Talpin, J.-M., *Clinique de la création*, Bruxelles, De Boeck, p. 171-192.

Talpin, J.-M. (2007d), « La séparation tardive du couple : divorce *versus* placement », *Faire du neuf avec des vieux. Penser la vieillesse aujourd'hui*, actes de la 20e journée de l'ARAGP, Lyon, p. 61-72.

Talpin, J.-M. (2008), « Quand le corps envahit la scène. Corps et vieillissement dans "Un homme" de P. Roth », *Champ psychosomatique. Quand le corps vieillit (2)*, n° 50, p. 37-50.

Talpin, J.-M. (2009a), « Le futur et ses constructions psychiques », *L'Évolution psychiatrique*, 74, p. 237-247.

Talpin, J.-M. (2009b), « "Je me souviens d'avoir su…" Mémoire et mémoire de la mémoire », *Penser les troubles de la pensée*, actes de la 21e journée d'étude de l'ARAGP, p. 82-93.

Talpin, J.-M. (2009c), « Le deuil à l'épreuve de l'aide psychologique », *in* Dreyer, P. (dir.), *Faut-il faire son deuil ?*, Paris, Autrement, p. 38-50.

Talpin, J.-M. (2010), « Je hais donc je suis. Tatie Danièle en institution », *Violence de vieillir, violence de soigner*, actes de la 22e journée d'étude de l'ARAGP, p. 52-59.

Talpin, J.-M. (2011a), « La vieille dame indigne, idéaux et vieillissement », *Cahiers de psychologie clinique*, 36, Bruxelles, De Boeck, p. 129-150.

Talpin, J.-M. (2011b), « Être créatif : un impératif psychique tardif au service de la vie », *Gérontologie et société. Créativité*, n° 137, p. 23-36.

Talpin, J.-M. (2011c), « Le modèle du groupe dans l'analyse des pratiques : groupe fermé/groupe ouvert, continuité/discontinuité dans l'institution », *Nouvelle Revue de psychosociologie. Les groupes d'analyse des pratiques*, n° 11, Toulouse, Érès, p. 117-130.

Talpin, J.-M. (2011d), « Penser le vieillissement. Entre pathologie et création », *Études*, p. 43-54.

Talpin, J.-M. (2011e), « Le sujet handicapé et le vieillissement : enjeux singuliers, familiaux et institutionnels », *Reliance*, Érès.

Talpin, J.-M. (2012a), « La sexualité, entre renoncement et idéalisation », *Gérontologie et Société. Corps, désir et société*, n° 140.

Talpin, J.-M. (2012b), « Le psychologue dans l'institution. Travailler en équipe pluridisciplinaire avec les soignants, les paramédicaux et les médecins », *in* Verdon, B. (dir.), *Cliniques du sujet âgé. Pratiques psychologiques*, Paris, Armand Colin.

Talpin, J.-M. (2012c), « L'intervention du psychologue auprès des couples et des familles », *in* Verdon, B. (dir.), *Cliniques du sujet âgé. Pratiques psychologiques*, Paris, Armand Colin.

Talpin, J.-M. (2012d), « L'entretien clinique avec le sujet âgé », *in* Chouvier, B., Attigui, P. (dir.), *L'Entretien clinique*, Paris, Armand Colin.

Talpin, J.-M. (2014), « Le bien vieillir et ses modèles au regard de la clinique », *Carnet psy*, 2014/4 ; n° 180, 38-40.

Talpin, J.-M. (2016), « Le fantasme de parentalité renversé et ses potentialités violentes dans le champ du vieillissement », *in* Ciccone A, *Violence dans la parentalité*, Paris, Dunod, p. 107-118.

Talpin, J.-M. (2016b), «La violence dans le soin en gériatrie», *in* Charazac P.-M., *Le groupe dans l'institution gériatrique,* Paris, Dunod, p. 59-78.

Talpin, J.-M. (2016c), « Le travail du psychologue dans les institutions gériatriques », *in* Charazac P.-M., *Le groupe dans l'institution gériatrique,* Paris, Dunod, p. 175-204.

Talpin, J.-M. (2017), « La retraite ou la négativité du travail », *Nouvelle revue de psychosociologie* n° 23.

Talpin, J.-M (2017b), « Être handicapé et vieux. Entre les deux les cœurs balancent », *in* Korff-Sausse S., Scelles

R.et coll., *Le handicap, une identité entre deux*, Colloque du SII-CHLA (à paraitre).

Talpin, J.-M., Gaucher, J., Israël, L., Ploton, L. (1999), « Le cadre institutionnel, les institutions gériatriques et le psychologue », *Gérontologie et Société*, n° 88, p. 41-155.

Talpin, J.-M., Hugonnet, C., Ploton, L., Gaucher, J. (1997), « Narcissisme et sexualité chez les sujets âgés », *Gérontologie et Société. Âge, séduction, sexualité*, n° 82, Cahiers de la Fondation nationale de gérontologie, p. 139-145.

Talpin, J.-M., Joubert, C. (2008), « Vieillissement du couple, vieillissement dans le couple et séparation », *Cahiers de psychologie clinique*, 31, Bruxelles, De Boeck, p. 107-134.

Talpin, J.-M., Ploton, L. (2002), « Cadres institutionnels et loi du plus fort en institutions gériatriques, *Gérontologie et Société*, Fondation nationale de gérontologie, n° 101, p. 115-127.

Talpin, J.-M., Savignac, L., Talpin-Jarrige, O. (1998), « Éthique et humanité imposée dans la prise en charge des déments », *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, actes du 3e colloque universitaire européen de gérontologie, n° 20, p. 12-14.

Talpin, J.-M., Jarrige, O. (1995), « La découpe dans les psychothérapies de dément », *Psychologie médicale*, t. XXVII, n° 1, p. 1-4.

Talpin, J.-M., Talpin-Jarrige, O. (1996), « Non-verbal et métapsychologie dans le travail avec les déments », *Psychothérapies des démences*, Paris, John Libbey Eurotext, p. 148-152.

Talpin, J.-M., Talpin-Jarrige, O. (2000), « La démence ou d'un trauma l'autre », actes du 4e colloque européen universitaire de gérontologie, Strasbourg, juin 2000, Psychothérapies des démences, *Perspectives psy*, vol. XXXIX, numéro spécial, p. 50-55.

Talpin, J.-M., Talpin-Jarrige, O. (2002), « Vieillissement et handicap », *Le Divan familial*, n° 8, p. 127-138.

Talpin, J.-M., Thiroux, J. (2007), « Représentations du corps, normes et rencontre avec les personnes âgées en gériatrie », *Voyage au pays de Gérousie. Le grand âge en institution*, Paris, Musée de l'assistance publique-Hôpitaux de Paris, p. 154-159.

Tustin, F. (1972), *Autisme et Psychose de l'enfant*, Paris, éd. du Seuil, 1977.

Vacheret, C. (2005), « Les configurations du lien, la chaîne associative groupale et la diffraction du transfert », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 45, p. 109-116.

Verdon, B. (2003), « Le paradigme de la névrose actuelle à l'épreuve du temps », *Champ psychosomatique*, n° 30, p. 83-100.

Verdon, B. (2010), *Penser la clinique et la psychopathologie psychanalytiques du vieillissement. Entre inachèvement et accomplissement*, Habilitation à diriger des recherches, Paris.

Verdon, B. (2012), *Cliniques du sujet âgé : pratiques psychologiques*, Paris, Armand Colin.

Verdon, B. (2013), *Le Vieillissement psychique*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? ».

Villa, F. (2010), *La Puissance du vieillir*, Paris, PUF.

Widlöcher, D. (1983), *Les Logiques de la dépression*, Paris, Fayard.

Whitehouse, P. J., George, D. (2008), *Le Mythe de la maladie d'Alzheimer*, Marseille, Solal, 2009.

Wilde, O. (1890), *Le Portrait de Dorian Gray*, Paris, Le Livre de poche, 1972.

Winnicott, D. W. (1960), « La théorie de la relation parent-nourrisson », *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969, p. 237-256.

Winnicott, D. W. (1971), *Jeu et Réalité*, Paris, Gallimard, 1975.

Winnicott, D. W. (non daté), « La crainte de l'effondrement », *La Crainte de l'effondrement et autres essais*, Paris, Gallimard, 2000, p. 205-216.

Winnicott, D. W. (1988), *La Nature humaine*, Paris, Gallimard, 1990.

Zribi, G., Sarfaty, J. *et al.* (1990), *Handicap mental et Vieillissement*, Paris, CTNERHI.

Zribi, G., Sarfaty, J. *et al.* (1992), *Le Vieillissement des personnes handicapées*, Rennes, École nationale de la santé publique.